



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE – FACES
CURSO: PSICOLOGIA

REFORMA PSIQUIÁTRICA: A CONSTRUÇÃO DE UM NOVO PARADIGMA EM SAÚDE MENTAL

TATIANA NARDONI ARAGÃO

BRASÍLIA,
DEZEMBRO / 2008.

TATIANA NARDONI ARAGÃO

REFORMA PSIQUIÁTRICA: A CONSTRUÇÃO DE UM NOVO PARADIGMA EM SAÚDE MENTAL

Monografia apresentada como requisito
para conclusão do curso de Psicologia
do UniCEUB – Centro Universitário de
Brasília. Professor (a) orientador (a):
MSc. Cláudia Mendes Feres

Brasília, Dezembro / 2008.



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE – FACES
CURSO: PSICOLOGIA

Esta monografia foi aprovada pela comissão examinadora composta por:

Prof^ª. MSc. Cláudia Mendes Feres

Prof^ª. MSc. Tania Inessa Martins de Resende

Prof^ª. Dra. Marcella Marjory Massolini Laureano

A Menção Final obtida foi:

Brasília, Dezembro / 2008.

Dedico este trabalho aos meus familiares, amigos, professores e companheiros de CAPS, que tanto contribuíram e de alguma forma estão presentes nesta monografia.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Gislene e Francisco, incansáveis criadores de possibilidades, pelo amor, carinho, incentivo e apoio na trajetória de vida que escolhi. À minha mãe pelo zelo e cuidado, paciência, alegria diária, pela pessoa extraordinária que é. Ao meu pai pela companhia, atenção, pelo exemplo de vida.

Aos meus irmãos Juliana e Rodrigo pela amizade, diversão e convívio diário.

À minha querida avó Maria Cecília, pelos anos de convivência e presença em minha vida, por tudo que aprendi.

Ao meu namorado Rodrigo pelo amor, carinho, pela companhia, atenção e compreensão. Obrigada pelo apoio diário, colo, incentivo e aprendizado constante.

Aos meus amigos de curso, em especial à Elzita e Guilherme, pelas inúmeras trocas pessoais e profissionais. À Guadalupe, por alegrar o dia-a-dia de faculdade com muito humor, pela revisão atenciosa e competente desta monografia.

Aos colegas da saúde mental, pelos momentos únicos de crescimento. Ao Elias, companheiro e amigo de CAPS, pelas conversas sempre divertidas e enriquecedoras.

Ao CAPS Paranoá, equipe e especialmente aos usuários, com os quais tive e tenho a alegria de conviver e aprender muito.

Finalmente, aos professores que tanto abrilhantaram minha trajetória, em especial: José Eduardo, José Bizerril, Renan Nascimento, Morgana Queiroz e Fernando Rey.

À Tania Inessa que apaixonadamente me apresentou a beleza e a tristeza da loucura... Obrigada pelas discussões acaloradas, supervisões intensas, pelo apoio e sobretudo pela companhia nessa caminhada pela saúde mental.

À Cláudia Feres que me mostrou toda a poesia psicanalítica, agradeço pelas orientações pertinentes, por acompanhar de forma sensível, crítica e comprometida a construção desta monografia.

“E o ser do homem não somente não pode ser compreendido sem a loucura, mas ele não seria o ser do homem se não levasse em si a loucura, como limite de sua liberdade”.

Lacan

*da ordem da poesia
do belo
do desconhecido
da ordem da peculiaridade
da fragilidade
do afastamento
da ordem do insuportável
do indecifrável
do amor
da ordem do sofrimento
da vida
do caos
das possibilidades...*

*sobretudo da ordem do **humano**.*

Tatiana Nardoni

SUMÁRIO

RESUMO	vii
INTRODUÇÃO	08
CAPÍTULO 1 – LOUCURA E PSIQUIATRIA: PANORAMA HISTÓRICO	10
1.1. A Loucura na Antigüidade	11
1.2. Loucura: Ápice e Queda da Subjetividade Privatizada	12
1.3. A Loucura a Partir do Gesto de Pinel	15
1.4. O Retorno ao Corpo	19
1.5. De Volta ao Psiquismo	21
CAPÍTULO 2 – O PARADIGMA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA: PROPOSTA TEÓRICO-PRÁTICA	28
2.1. O Modelo Manicomial: Extremo da Desumanização	28
2.2. Os Primórdios da Reforma Psiquiátrica	33
2.3. A Tradição Basagliana e a Psiquiatria Democrática Italiana	39
2.3.1. Trieste: Uma Experiência Modelo	42
2.4. Reforma Psiquiátrica Brasileira	43
CAPÍTULO 3 – EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO EM SERVIÇO SUBSTITUTIVO DE SAÚDE MENTAL: A CONSTITUIÇÃO DE UM PERCURSO	48
3.1. O Paradigma Psicossocial e os Serviços Substitutivos	48
3.1.1. Uma Palavra Sobre a Crise e a Tomada de Responsabilidade	53
3.2. O Paradoxo dos CAPS: CAPSCÔMIOS?	54
3.3. (IM) POSSIBILIDADES no Cotidiano de um Serviço Substitutivo	55
3.3.1. Os Primeiros Passos	56
3.3.2. Um Novo Grupo de Encontro	63
3.3.3. Limites e (Im) Possibilidades no Trabalho	68
CONCLUSÃO	74
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
ANEXOS	83

RESUMO

Esta monografia traz uma reflexão teórica acerca do novo modelo de atenção à saúde mental no Brasil, mais especificamente os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – serviços substitutivos ao manicômio. A fim de contextualizar o tema, recorro a discursos e práticas socialmente instituídos, em diferentes momentos históricos. Faço uma breve retrospectiva da história da loucura e da psiquiatria. Aponto para o fato de que a psiquiatria se sustentou enquanto saber a partir do encarceramento e exclusão do ‘louco’. Destaco as idéias de Freud, pioneiro no resgate da loucura enquanto possibilidade humana. No contexto do pós-guerra, diferentes movimentos de reforma psiquiátrica ecoaram no mundo, justamente na tentativa de dar à loucura outra resposta social, restituindo dignidade e humanização aos tratamentos. Apresento os movimentos de reforma, enfatizando as idéias de Basaglia e da Psiquiatria Democrática Italiana. Retrato a realidade atual brasileira – influenciada pelo movimento italiano – marcada por avanços e retrocessos na busca de um novo modelo de assistência em saúde mental. Através da minha experiência de estágio em um CAPS no Distrito Federal, repenso práticas e conceitos relacionados à reforma psiquiátrica no Brasil. Concluo que estamos longe da concreta efetivação de um novo modelo assistencial. Em contrapartida, muito tem sido feito no país, em busca de uma sociedade mais tolerante às diferenças...

Palavras-chave: Loucura. Reforma Psiquiátrica. Centro de Atenção Psicossocial.

Falar sobre a ‘loucura’ e os ditos ‘loucos’ é certamente intrigante, fascinante e sobretudo complexo. Complexo porque diz de existência e de experiências concretas e legítimas de sujeitos. Ao longo da história, essas experiências adquiriram diferentes significações e denominações, por isso o entendimento da loucura só se faz enquanto uma construção social, teórica, política e institucional.

A história da loucura acompanha a história da humanidade. Daí o peso que a loucura carrega: o peso da discriminação, da estigmatização, do confinamento, da periculosidade, enfim, o peso de ser louco numa sociedade asséptica que não sabe conviver com a diferença. No presente trabalho, percorrerei a história da loucura e da psiquiatria, mostrando a construção de um novo paradigma em saúde mental.

A meu ver, essa revisão é extremamente importante para entendermos o cenário atual. Por que é tão difícil desconstruir a lógica manicomial, mesmo nos atuais serviços substitutivos em saúde mental? De que forma esse olhar manicomial continua marginalizando, aprisionando, consentindo atrocidades, violentando subjetividades, destituindo os sujeitos do poder sobre si mesmos? O principal objetivo deste trabalho é apresentar e criticar essa história. De que forma passamos do modelo manicomial para o modelo psicossocial? Podemos falar que houve evolução? Os atuais serviços substitutivos em saúde mental representam um avanço na forma de lidar socialmente e ‘tratar’ a loucura?

Através de revisão bibliográfica, abordarei os principais aspectos teóricos. Além da pesquisa bibliográfica, farei uma interlocução com a prática, através da minha experiência de estágio em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Autores clássicos como Foucault, Freud, Goffman e Basaglia nortearão este percurso. Para aprimorar o trabalho, darei ênfase também aos trabalhos de Amarante, Birman e Lobosque. Muitas das reflexões do presente trabalho estão diretamente vinculadas à leitura desses autores e, principalmente, à prática de estágio – que me instigou a escrever esta monografia.

No primeiro capítulo, enfocarei a história da loucura e da psiquiatria, desde a Antigüidade Clássica até a ruptura epistemológica introduzida por Freud. Enfatizarei a construção da loucura enquanto doença mental – incapacidade e negatividade que deve ser excluída do convívio social –, assim como o papel da psiquiatria nesse contexto. Destacarei a importante ruptura introduzida por Freud no campo do pensamento científico do século XX, o que influenciou diretamente a reforma psiquiátrica.

No segundo capítulo, apresentarei a crítica ao modelo manicomial e sua forma cruel e excludente de lidar com o desviante, o diferente, o radical que a loucura representa. Salientarei as concepções teórico-práticas dos novos paradigmas em saúde mental, representados pelos diferentes movimentos de reforma psiquiátrica no mundo e no Brasil. Darei ênfase às transformações que possibilitaram uma nova forma de olhar e tratar o ‘louco’. É com o paradigma Basagliano que proponho pensarmos a ‘loucura’: a ‘loucura’ enquanto existência-sofrimento, enquanto modo de ser e estar no mundo, não enquanto ‘doença mental’.

No terceiro capítulo, explicitarei de forma mais concreta em que consiste o novo modelo de assistência em saúde mental, atualmente em vigor no país. Para tal, enfatizarei o trabalho realizado nos CAPS, mostrando também a lógica manicomial muitas vezes presente nesses serviços substitutivos de saúde mental. Finalmente, apresentarei minha experiência de estágio em um CAPS no Distrito Federal. A partir da minha prática e da teoria articulada no presente trabalho, trarei algumas reflexões importantes acerca das inúmeras possibilidades presentes no trabalho cotidiano com a saúde mental, assim como os limites e as impossibilidades – igualmente presentes.

Capítulo 1

LOUCURA E PSIQUIATRIA: PANORAMA HISTÓRICO

“Ante o louco, acabamos por duvidar de nossa razão. Já não sabemos quem somos”.

La Haye

A concepção de loucura, segundo Foucault (1975/2000), é muito mais histórica do que geralmente se supõe. Ao longo das épocas, sucessivos conceitos de loucura foram formulados, complexificando o tema. Cada uma das concepções, seja moderna, seja contemporânea, abrange diferentes pressupostos epistemológicos. No contexto da ciência moderna, por exemplo, a loucura adquire configurações divergentes daquelas advindas do campo religioso, filosófico ou artístico.

Um ponto em comum, entretanto, parece abarcar essa experiência: diz respeito à marginalização e ao afastamento do padrão. São condutas aberrantes, marginais, em oposição às normas e aos valores dos grupos dominantes (Pessotti, 1995). É a essa experiência que a loucura diz respeito, e também a tantas outras, como por exemplo, o modo de reação do grupo social à conduta estranha e ao seu agente, o louco. Para Tenório (2001), a história da loucura certamente poderia se tratar da história das respostas sociais à loucura. Apontarei no presente capítulo momentos históricos relevantes que retratam justamente essa relação entre loucura e sociedade, tão importante para o entendimento atual do tema.

A loucura e a forma como é ou foi compreendida perpassam a complexa configuração das sociedades ao longo das épocas, refletindo de forma concreta nos tempos atuais. As transformações sócio-históricas, econômicas e culturais exerceram importante influência na maneira de tratar o louco, tanto no âmbito do convívio social, quanto em nível técnico-terapêutico. Para situar o advento da psiquiatria, indicarei, na trajetória da loucura, as condições que possibilitaram sua constituição. Farei uma breve revisão da história da loucura e da psiquiatria, a título de contextualização, considerando os conteúdos mais significativos para os objetivos do presente trabalho.

1.1. A Loucura na Antigüidade

Foucault (1975/2000) ressalta que, antes do século XIX, a “experiência da loucura no mundo ocidental era bastante polimorfa” (p. 76). De forma geral, o autor comenta que, até cerca de 1650, a loucura circulava livremente, fazendo “parte do cenário e da linguagem comuns” (p.78).

Desde a medicina grega, porém, parte do conhecimento sobre a loucura ocupava-se com as noções de patologia e as práticas a ela relacionadas. Contudo, este era um setor restrito e ainda muito incipiente. Assim, a loucura, ora comparecendo de forma mais explícita, ora mais implícita, ocupava uma extensão bem maior do que o oferecido pelo saber médico (Foucault, 1975/2000).

Pessotti (1995) complementa as idéias de Foucault, revelando que, na antigüidade grega, as questões referentes à ‘natureza humana’ eram explicadas por meio de forças ou entidades conhecidas na época. A causalidade mística, mitológica e imediata atribuía tudo à divindade, incluindo o destino individual do homem e sua loucura – entendida como uma das possibilidades do humanizar-se. Os homens eram tornados loucos pelos deuses, como na travessia de um périplo, para que houvesse a restauração de uma conduta ou ordem. Neste momento histórico, a loucura era transitória e fazia parte do cotidiano das pessoas, não conduzindo a estigmas.

Ainda se referindo à antigüidade clássica, Pessotti (1995) relata que Ésquilo e Eurípedes retrataram a loucura de duas formas: uma vulgar e “aceitável”, outra patológica, com a presença de furor, delírios e alucinações. Para Ésquilo, a loucura é produto de conflitos que transcendem a escolha individual, com uma visão que oscila entre o mitológico/religioso e uma concepção de homem não mais submetido aos deuses. Já Eurípedes aponta esses conflitos como interiores e psicológicos, localizados na mente. A loucura é um modo de vida, condição crônica em que há a perda da razão pelo triunfo do desejo, manifestada por sintomas

característicos. Ainda segundo Eurípedes, a responsabilidade do homem é reconhecida na origem da loucura, perdendo sua concepção mitológica. É na sua obra que a loucura se psicologiza, tanto na etiologia quanto na sintomatologia dos quadros, apresentando uma concepção de homem dotado de individualidade intelectual e afetiva, revelando também sua natureza: contraditória, conflitiva e por vezes patológica.

É ainda nesta época histórica que Hipócrates formula a teoria organicista da loucura, que será retomada prodigiosamente nos séculos XVIII e XIX. O autor determina o componente orgânico da loucura, relacionando-o com as condições ambientais na ruptura da doença. O cérebro, quando em desarranjo no seu estado humoral, era o órgão responsável pela loucura: desconsidera, assim, a explicação psicológica e reduz o psiquismo às funções humorais (Pessotti, 1995). Hipócrates, considerado o pai da medicina, inaugurou a importante concepção médica de loucura, que depois possibilitou e legitimou um saber e uma prática embasados na idéia de doença mental enquanto mau funcionamento fisiológico.

Após Hipócrates, outros modelos foram propostos, entre eles o de Platão, Aristóteles, Esítrato, Herófilo e Galeno, os quais possuíam ainda forte componente orgânico, associados a algum elemento de alma ou espírito. De forma geral, a loucura era explicada pela teoria humoral, e a catarse – destinada à purgação do organismo através de vários métodos – era a terapia indicada (Pessotti, 1995). Foucault (1975/2000) ressalta ainda que esses tratamentos eram de natureza psicológica e orgânica, visando à cura dos insanos, através de, por exemplo, duchas para refrescar seus corpos e espíritos. Essa compreensão reflete a unidade mente-corpo predominante na época, que repercutirá em alguns modelos posteriores e na sua visão de loucura.

1.2. Loucura: Ápice e Queda da Subjetividade Privatizada

No que se refere ao período da Idade Média, há divergências entre os autores pesquisados. A relação possessão/loucura é problematizada de diferentes formas por Foucault

e Pessotti. Foucault (1975/2000) retrata que os loucos não eram considerados possuídos, circulando livremente nesta época. Já Pessotti (1995), a partir da visão de Foucault, enfatiza a doutrina demonista e a associação da loucura à possessão diabólica.

Foucault (1961/2003) alega que é falsa a associação completa da loucura à possessão na Idade Média, visto que ela permanecia indiferenciada dentre os miseráveis, circulando livremente e fazendo parte do cotidiano das pessoas. O louco ou era simplesmente rejeitado, tendo sua voz anulada/desvalorizada, ou ainda, era detentor de um saber inacessível, capaz de decifrar e revelar uma verdade desconhecida, incumbido de poderes estranhos, premonitórios (Foucault, 1977).

Já para Pessotti (1995), a concepção demonista predominava na época. Nesse sentido, a loucura era sempre sinal de possessão, sendo que esta, por si só, não representava necessariamente a loucura. “Sintomas clássicos da histeria, da melancolia, da mania, da depressão ou da ansiedade em suas várias formas e, talvez, da epilepsia, passam a indicar a possessão demoníaca” (p. 92). O conteúdo teológico das explicações atribui poder e autoridade ao exorcista. Os médicos, em contrapartida, estudavam em sua formação o organicismo pneumático, relutando em aceitar essa visão demonista das doenças. Em tal contexto, a medicina não possuía, ainda, o poder e o saber sobre a loucura e o louco. Ressalto que, considerando essa perspectiva, o louco passa a ser visto de forma suspeita, associado ao perigo e à maldade, sendo evitado, demonstrando, portanto, estigma social.

No Renascimento, a loucura testemunhou grande prestígio, estando presente nas mais diversas manifestações culturais e artísticas, em festas populares, na literatura, na filosofia, no teatro e nas artes plásticas (Silva Filho, 2001). Experimentar o mundo a partir de outra perspectiva, transcender, sonhar e imaginar: a loucura acha nas artes um par! Neste momento, há valorização da subjetividade privatizada, aprecia-se o diferente e singular.

Segundo Silva Filho (2001), no Renascimento o confinamento era uma prática pouco utilizada, reduzida a alguns estabelecimentos, não refletindo o período como um todo. Em contrapartida, os primeiros estabelecimentos destinados aos loucos foram abertos nessa época, na Espanha e Itália (Foucault, 1975/2000).

Nos meados do século XVII, aproximadamente a partir de 1650, transformações na sociedade e nas relações instauram uma nova ordem, reestruturando o espaço público. Com a ascensão do comércio e a nascente ideologia burguesa, a ociosidade, antes estimada, passa a ser depreciada e punida, valorizando-se a ocupação e razão. Exige-se um novo homem, encaixado a essa nova normatividade. Delimita-se e diferencia-se normal e patológico, a partir das idéias ditadas pelas novas necessidades econômicas. A aptidão e inaptidão para o trabalho tornam-se um importante critério nessa determinação (Resende, 2001). O homem está a serviço da produção e reprodução da vida pública, não há mais espaço para a particularidade. Diferentemente das sociedades anteriores, onde o ritmo era ditado pela natureza e pela subsistência, agora se vive para produzir.

É essa a lógica de mercado que passa a imperar, indicando um corte que não existia antes: ou seja, todos aqueles que não contribuíam com o comércio e consumo foram excluídos e encarcerados, no que Foucault (1961/2003) denominou de “o grande enclausuramento”. Aqui se incluiu todo tipo de indivíduo que se encontrava pelas ruas, considerados indigentes e incapazes, desde órfãos, velhos, miseráveis, vagabundos, até venéreos, aleijados, criminosos e loucos.

No que se refere ao tratamento oferecido nesses espaços, os autores pesquisados possuem diferentes enfoques e pontos de vista. Foucault (1975/2000) aponta para um completo descaso. Relata que ali não se oferecia tratamento no sentido terapêutico-pedagógico, tampouco havia interesse em reintegrar essas pessoas à sociedade. Reeducava-se mediante instrução religiosa e moral. O asilo era um depósito, pessoas que não mais atendiam

às exigências do poder dominante eram encarceradas, desconsideradas e excluídas da sociedade por se constituírem em ameaça à nova ordem.

Resende (2001) traz outro enfoque, asseverando que os insanos recebiam cuidado e tratamento, inspirados nos princípios da medicina da época, a medicina galênica. Esta visava livrar os doentes de seus maus humores, muitas vezes utilizando brutalidades. Segundo o autor, as torturas, punições e crueldades eram disfarçadas ou não sob a forma desses tratamentos.

Foucault (1975/2000) comenta que é nessa época que se abrem inúmeros hospitais gerais¹, seguindo o modelo dessas novas instituições. Em *História da Loucura na Idade Clássica*, Foucault (1961/2003) ressalta que a reativação dos antigos leprosários objetivava, então, eliminar a miséria e os miseráveis através da exclusão. O trabalho forçado acompanhava o internamento, enquanto medida de assistência, exercendo um papel de sanções e controle moral sobre os internos. O internamento, entretanto, ainda não dizia respeito à relação da loucura com a sociedade, mas à relação da sociedade consigo própria e as condutas aceitas ou não socialmente.

Foucault (1975/2000) destaca ainda que é a partir dessa época que o mundo da loucura vai tornar-se o mundo da exclusão. Inicialmente, todos aqueles que subvertem ou não se encaixam na ordem da razão, moral e sociedade, são excluídos. Posteriormente, esse espaço será reservado apenas aos loucos: “herdeiros naturais do internamento e os titulares privilegiados das velhas medidas de exclusão” (p. 81).

1.3. A Loucura a partir do Gesto de Pinel

No final do século XVIII, uma série de denúncias² foram feitas questionando o mecanismo de funcionamento dos hospitais gerais. Apoiado nas idéias do Iluminismo³ francês

¹ Entre eles o de Bicêtre em Paris, que seria palco de um importante acontecimento histórico na psiquiatria.

² Para Resende (2001), o movimento de denúncias da classe médica por princípios humanitários no tratamento do louco, que culminou na reclusão do mesmo, representou a reivindicação pela exclusividade de um saber, afirmando sua hegemonia e poder.

e na Declaração dos Direitos do Homem nos Estados Unidos, um movimento de reforma passou a vigorar. Pinel, o grande representante desse movimento, denominado de tratamento moral, intencionava oferecer aos loucos um cuidado médico sistemático, separando-os dos demais internos (Resende, 2001). Com bases humanitárias, o movimento representou um importante capítulo na história da loucura e da psiquiatria, uma vez que se desdobrou de diferentes formas, influenciando toda uma assistência psiquiátrica de massa que viria a se concretizar posteriormente.

Em 1793 esse movimento atinge seu auge, quando Pinel é nomeado e assume a direção de Bicêtre, Hospital Geral em Paris. Com um gesto simbólico, Pinel libertou os acorrentados, sendo considerado, então, o pai da primeira revolução psiquiátrica (Resende, 2001). As amarras físicas foram rompidas, livraram-se os internos. Os loucos, porém, incapacitados de cumprir e respeitar o contrato social, permaneceram internados sob a justificativa de que precisavam de tratamento. Segundo Foucault (1975/2000), o gesto de Pinel teve um duplo advento: “o de um humanismo e o de uma ciência finalmente positiva” (p. 81). Assim, um novo e importante momento histórico instaura-se: o internamento torna-se medida de caráter médico oficial, trazendo à tona uma nova concepção de loucura, enquanto doença mental e diferenciando-a, ao menos teoricamente, da criminalidade. Para Castel (1978, citado por Amarante, 2000), o enclausuramento é a primeira condição de qualquer terapêutica da loucura.

O gesto de Pinel, por mais que tivesse um caráter humanista, estreitou ainda mais o controle social e moral em torno do louco, que devia ser submetido a um tratamento asilar. Ameaças, castigos, privações alimentares e humilhações eram constantes. De acordo com Resende (2001), outras amarras surgiram no lugar das amarras físicas, mais perigosas porque sutis, consentidas e sofisticadas; o que leva o autor a argumentar que não havia muita

³ O lema do Iluminismo era “Liberdade, Igualdade e Fraternidade”.

distinção entre os hospitais dos dois períodos. É nesse sentido que os reformadores do século XVIII promoveram nada mais que a substituição da violência franca pela violência velada. Foucault (1975/2000) explana bem essa situação:

[...] reconstituiu em torno deles todo um encadeamento moral, que transformava o asilo numa espécie de instância perpétua de julgamento; o louco tinha que ser vigiado nos seus gestos, rebaixado nas suas pretensões, contradito no seu delírio, ridicularizado nos seus erros; a sanção tinha que seguir imediatamente qualquer desvio em relação a uma conduta normal (p. 82).

Pessotti (1995) esclarece a respeito da concepção teórica que fundamentou as práticas do período. No *Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental*, publicado em 1801, Pinel retrata a loucura como o desarranjo das faculdades mentais, ou seja, uma doença essencialmente mental. De modo geral, considera que a causa da loucura é a amoralidade, enquanto excesso, exagero e desvio. Não desconsidera, porém, algumas causas físicas, o que torna seu conceito muito vago e impreciso. O tratamento moral se destinava à reeducação, correção e mudança desses costumes e hábitos, de forma a enquadrar o comportamento desviante nos padrões éticos da época. De acordo com Dickens (1961, citado por Resende, 2001), o principal do tratamento era inculcar e encorajar um sentimento de auto-respeito e dignidade nos pacientes. Uma prática médica e pedagógica atuava em conjunto a fim de controlar e normalizar a loucura (Silva Filho, 2001). Para tal, a formação médica não era um requisito essencial, tornando-se imprescindível apenas para o diagnóstico e, naturalmente, para a autorização e realização dos procedimentos. Nesse sentido, Foucault (1975/2000) descreve que o médico era o agente das sínteses morais, sendo encarregado mais de um controle ético do que de uma intervenção terapêutica, através de uma rígida disciplina que atingia seu ápice na reclusão dos loucos.

Ainda segundo Foucault (1975/2000), Pinel e seus sucessores retomaram práticas médicas da antiguidade clássica “num contexto puramente repressivo e moral. A ducha não refrescava mais, punia” (p. 83). Tais procedimentos são as versões asilares de antigas técnicas embasadas numa fisiologia abandonada, cujo caráter oscilava entre precaução social e estratégia médica.

Para Silveira (1992), a influência de Descartes dominou a medicina científica da época, introduzindo o racionalismo moderno e a dualidade mente-corpo. A razão, privilégio do homem, foi supervalorizada, estando hierarquicamente acima do corpo e funcionando independentemente dele, no comando das emoções e sentimentos. Enfatizava-se a separação mente-corpo, onde o mental é entendido como racional. Nessa perspectiva, desvalorizavam-se os loucos, considerados doentes da razão. Tal compreensão influenciou no tratamento oferecido a essas pessoas, que tem por base a moral e sua restituição. Ou seja, no plano das idéias associava-se o sujeito à razão, e no plano das práticas sociais, encarcerava-se o louco (Tenório, 2001).

Resende (2001) acrescenta que o tratamento moral não chegou a se constituir em um campo de conhecimentos sobre a loucura, sua etiologia e tratamento; as diversas experiências nos asilos da época, ora mais rígidas e disciplinadoras, ora mais permissivas, retratavam mais as características de personalidade de seus diretores.

No contexto específico da época, a psiquiatria precisava responder a funções sociais contraditórias: de um lado, a atribuição social de remoção e exclusão do elemento perturbador, mantendo a ordem pública e o bem-estar moral e social da coletividade; e de outro, uma atribuição clínica, destinada à terapêutica e cura dos pacientes. Justificavam-se procedimentos em nome de uma das funções sociais atribuídas à psiquiatria e ao próprio lugar que esta ocupava na sociedade, detentora de poder suficiente para julgar condutas e impor tratamentos (Resende, 2001). Por exemplo, Esquirol (sucessor de Pinel), o maior teórico dessa

escola psiquiátrica (alienismo), justificava ser o isolamento uma necessidade absoluta, a fim de proporcionar ao enfermo espaço e liberdade, ou melhor, ‘ilusão de liberdade’, garantindo sua segurança, de sua família e da sociedade. É nesse sentido que

[...] o alienismo instaura uma nova relação da sociedade com o louco: a relação de tutela, que se constitui numa dominação/subordinação regulamentada, cuja violência é legitimada com base na competência do tutor ‘versus’ a incapacidade do tutelado, categorizado como ser incapaz de intercâmbios racionais, isento de responsabilidade e, portanto, digno de assistência (Silva Filho, 2001, p. 91).

Apesar de todas as repercussões e efeitos que o gesto de Pinel teve para a história da loucura e da psiquiatria, Amarante (2000) aponta sobretudo para a importância que ele teve nesse contexto. Pinel operou transformações práticas no lidar social e institucional com a loucura, imprimindo profundas mudanças no modo como a sociedade passa a pensar e lidar com ela. Com o *Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental*, Pinel inaugura a primeira nosografia médica sobre a loucura e introduz o conceito de alienação mental. Abre-se um campo de possibilidades terapêuticas, em que a cura e o resgate da totalidade do ser humano são possíveis através da reeducação moral. Tal entendimento não considera a loucura como perda absoluta da razão ou liberdade. Importante salientar ainda que Pinel reconheceu de alguma forma a cidadania do louco, já que foi considerado merecedor de cuidados terapêuticos (Tenório, 2001). Porém, esse cuidado se concretizou de tal forma que impediu qualquer possibilidade do exercício concreto da cidadania.

1.4. O Retorno ao Corpo

Nos meados do século XIX, com os avanços científicos e o progresso da bacteriologia e anatomia patológica, a hegemonia e poder médicos se reafirmam. A neurologia começou a questionar o conhecimento alienista e seu afastamento da cientificidade médica, discutindo a eficiência dos métodos empregados e a possibilidade de cura da doença

mental, preconizada então por essa escola (Resende, 2001). Na perspectiva de Silva Filho (2001), a escola alienista não acrescentava quase nada ao saber médico, utilizava-se dos critérios da antiga medicina classificatória⁴, considerando apenas os sintomas, em detrimento de sua localização no corpo.

Descobertas posteriores deram força e credibilidade à perspectiva organicista, enfraquecendo o alienismo e transformando a doença mental em sinônimo de dano cerebral. Em 1822, Bayle descreveu, pela primeira vez na psiquiatria, uma doença com base anatomopatológica evidente. A enfermidade, hoje descrita como meningite sífilítica, afeta o sistema nervoso, produzindo paralisia geral progressiva e alterações comportamentais; foi considerada na época uma doença mental (Sterian, 2005). Essa descoberta referendou a hipótese de uma origem orgânica e lesional da alienação mental, possível de ser estendida a todos os outros tipos de alienação. Inauguram-se definitivamente o pensamento positivista e a causalidade anátomo-clínica no campo da psiquiatria, correlacionando doença e lesão (Amarante, 2000).

Com a posterior teoria da degenerescência, criada por Morel e desenvolvida por Magnan, instaura-se na psiquiatria do século XIX a supremacia do organicismo, embora de forma diferenciada (Silva Filho, 2001). Morel afirma que a alienação é fruto de uma degeneração na constituição do sujeito, sendo transmitida e agravada hereditariamente. As causas podem ser as mais diversas, tanto físicas quanto morais: influências hereditárias, intoxicações, alcoolismo, enfermidades anteriores, influências do meio social. O autor retomou e ampliou o tratamento moral, que passa a atuar de forma preventiva no meio social, visando à modificação das condições físicas, intelectuais e morais dos indivíduos. Nesse contexto, a internação atua apenas como paliativo, auxiliando os degenerados a corrigir seus

⁴ Até meados do século XVIII, a medicina classificatória era o discurso médico que imperava. Nesse discurso, o conceito de doença independe de sua localização no corpo do enfermo, participa de uma organização hierarquizada em famílias, gêneros e espécies, precisando o médico abstrair-se do doente para aprender a essência da patologia (Foucault, 1977).

desvios, minimizando suas conseqüências (Amarante, 2000). As degenerescências são desvios do padrão normal da humanidade, logo, patológicos, o que acaba por transformar o alienado em um ‘alienado degenerado’, potencializando os valores negativos em torno deste. De acordo com Amarante (2000), a teoria reconduz a psiquiatria à metafísica, filosofia e teologia, ao considerar as degenerescências como castigo divino.

Magnan introduziu novos elementos à teoria de Morel, distinguindo diferentes tipos de degenerados à luz do evolucionismo. Essas concepções exerceram considerável influência na época, inclusive sobre o importante sistema posterior de Kraepelin (Amarante, 2000).

No final do século XIX, os minuciosos estudos anátomo-clínicos de Kraepelin se sobressaíram, sendo considerado por vários autores o verdadeiro criador da psiquiatria moderna. No organicismo kraepeliniano, a loucura assume uma natureza inteiramente física, resulta de lesões estruturais do encéfalo. Segundo Nobre de Melo (1945, citado por Amarante, 2000), Kraepelin fundou uma sistemática nosológica-clínica de classificação dos distúrbios mentais. Com uma compreensão longitudinal, diferenciada em grupos, de acordo com a etiologia, sintomatologia, evolução e anatomopatologia de cada enfermidade, Kraepelin subdividiu as doenças em agrupamentos sintomáticos. Tratava-se de reunir um feixe de anomalias, deficiências ou ‘entidades mórbidas’, sendo cada feixe característico de determinada doença (Waelhens, 1995). Essa perspectiva determinou o início de uma importante mudança paradigmática no campo psiquiátrico: a concepção de doença mental foi substituída pela noção de ‘anormalidade’, marcando o diagnóstico, o estigma e a negatividade da loucura. Através dos estudos de Kraepelin, a psiquiatria consolidou-se como ciência médica, influenciando de forma decisiva as concepções atuais (Amarante, 2000).

1.5. De Volta ao Psiquismo

Paralelamente ao trabalho de Kraepelin, um novo saber no campo da psiquiatria começa a se delinear. Seguindo um caminho contrário ao organicismo, inseriu a problemática

da doença mental no universo simbólico, “rompendo com a rigidez nosográfica e estabelecendo novos dispositivos terapêuticos” (Silva Filho, 2001, p.94). As contribuições de Freud⁵, ainda marginais neste período, irão revolucionar o pensamento científico do início do século XX e sobretudo a psiquiatria, tendo caracterizado a segunda revolução psiquiátrica.

De acordo com Sterian (2005), “a experiência da desrazão foi sendo progressivamente silenciada e desapropriada de sua verdade” (p.43). Lembro que, historicamente, a loucura já esteve associada à possessão, doença mental, alienação, degeneração, anormalidade. Com o pensamento freudiano, a psicanálise⁶ introduziu uma nova forma de abordá-la, restituindo a verdade de seu discurso.

É importante salientar que a psicanálise estava imersa em todo um contexto de transformações filosóficas, literárias e inclusive psiquiátricas. Tal conjuntura possibilitou a constituição da psicanálise enquanto campo de conhecimento inovador, que introduz profundas mudanças epistemológicas. Para Birman (1980), outras teorias psiquiátricas articularam a problemática que conduz à identidade conceitual entre as enfermidades orgânicas e psicológicas. A psicanálise, porém, ocupou um lugar de destaque, tanto na medicina e psiquiatria quanto no campo das ciências humanas, assim como em toda a cultura contemporânea.

Ao constatar a ineficiência e insuficiência dos seus métodos de trabalho enquanto neurologista e neuropsiquiatra, Freud, com a intenção de ampliar seus conhecimentos, aproximou-se dos médicos Charcot e Bernheim, estudiosos de histeria e usuários do método hipnótico (Facchinetti, 2004). Segundo Birman (1991), a histeria era o grande enigma da época. Apesar de se manifestar através de uma variedade enorme de sintomas corporais

⁵ Importante frisar que, ao mesmo tempo que rompe com a medicina da época, Freud se mantém ainda algumas vezes atrelado ao ideal da racionalidade científica. Este fato reflete principalmente a complexidade e dificuldade de quebrar paradigmas e concepções tidos como certos e imutáveis.

⁶ A título do presente trabalho, não me aprofundarei nos conceitos e pormenores da teoria psicanalítica. Apresentarei um panorama geral das rupturas epistemológicas trazidas pela psicanálise, comparado aos modelos médico-psiquiátricos anteriores.

complexos, não se reduzia à racionalidade da medicina somática, ou seja, seus sintomas não tinham relação com lesões anatômicas específicas. Nesse contexto, as pesquisas de Charcot tiveram um papel importante, já que deram visibilidade e legitimidade à histeria, enquanto um quadro neuropatológico digno de estudo. O estudo de Charcot desmistificou preconceitos, como a correlação da histeria com a mentira e a simulação, influenciando o discurso da época.

A ruptura de Charcot com a ordem médica foi apenas parcial, uma vez que ele insistia em buscar uma causa anatômica para a histeria. Já Bernheim desarticulou completamente a histeria da racionalidade anátomo-clínica, considerando que todos os sintomas histéricos eram decorrentes de processos de sugestão. Bernheim foi o grande adepto da terapêutica da sugestão, sublinhando seu poder curativo. Ao postular que a sugestionabilidade é a marca fundamental da histeria, justificou a eficácia da hipnose (Birman, 1991).

Freud questionou a etiologia que Charcot e Bernheim atribuíram à histeria. Rejeitou a visão anatômica de Charcot e indagou o ponto de vista reducionista de Bernheim⁷. Partindo dos trabalhos desses autores, Freud expôs suas idéias com Breuer no texto “*Estudos sobre a histeria*” de 1895, dando origem ao que posteriormente seria a psicanálise. Nessa publicação os autores introduziram pela primeira vez – ainda de forma incipiente – o papel da sexualidade na etiologia da histeria.

Segundo Uchôa (1979), a investigação dinâmica em psiquiatria surgiu com esse estudo de Freud e Breuer, especialmente com a descrição de um caso clínico de histeria de conversão. O caso Anna O., como ficou conhecido, foi tratado por Breuer e teve repercussões importantes na história da psicanálise, uma vez que introduziu um novo método, a ab-reação/catarse ou ‘cura pela fala’, conforme nomeado pela paciente.

⁷ Freud formulou – a partir da concepção de Bernheim – o importante conceito de transferência, que estaria na base da sugestionabilidade histérica (Birman, 1991).

De acordo com Sterian (2005), o método freudiano mudou inicialmente de hipnose para catarse até finalmente evoluir para a ‘livre associação’. Neste último, fala e escuta ocupam um lugar privilegiado, possibilitando a produção de novos sentidos, conhecimentos e intervenções. Birman (1991), complementa essa idéia, ressaltando que a estratégia metodológica de escuta tornou-se soberana em Freud, tendo substituído a estratégia do olhar, típica dos modelos médicos anteriores.

No texto “*Conferências Introdutórias à Psicanálise*”, Freud (1916/1980) afirma que na formação médica os estudantes estão acostumados a ‘ver’ coisas, como os sintomas das doenças, as conseqüências dos processos patológicos e o próprio agente da doença isolado. Já na Psicanálise tudo é diferente: “nada acontece em um tratamento psicanalítico além de um intercâmbio de palavras entre o paciente e o analista” (p. 28).

A ruptura freudiana com o modelo psiquiátrico da época ocorreu aos poucos, tendo o contexto histórico-epistemológico do período influenciado bastante. As discussões em torno da histeria representaram o ponto crucial de falência desse método anátomo-clínico, inserindo as reflexões em torno do normal e patológico, da degeneração e da sexualidade. Ao demonstrar que a histeria se articula ao campo da representação e não ao campo do corpo anatomopatológico, Freud colocou em xeque a racionalidade psiquiátrica. O histérico sofre a partir de um conflito psíquico e não da materialidade de sua estrutura anatômica. Assim, Freud superou o paralelismo psicofísico e possibilitou a autonomia da ordem psíquica, rompendo com a dependência estrita com o campo somático (Birman, 1991). É a partir dessa compreensão que se entende que o discurso psiquiátrico alienava num corpo patológico o sujeito da experiência da loucura, demonstrando sua surdez diante a verdade desse sujeito.

É através do conceito de pulsão que Freud articula corpo biológico e representado. Para o autor, o psíquico se origina do somático, mas as relações entre ambos não são simples

e diretas, sendo necessário um trabalho⁸ para que essa passagem possa se realizar (Birman, 1991). É nesse sentido que a sexualidade – entendida de forma mais ampla – se articula com esse corpo em formação.

Ao considerar que os processos psíquicos podem ser conscientes, pré-conscientes ou inconscientes, Freud cindiu a psique, rompendo com a racionalidade cartesiana da época. Introduziu o importante e decisivo conceito de inconsciente, que revolucionou o conhecimento moderno. Para Freud, a clivagem opera o descentramento do sujeito. Este não é mais entendido como um todo unitário sob o domínio da razão (Borges, 2001). Nessa compreensão, o inconsciente ocupa um lugar fundamental, uma vez que é delineado como o espaço psíquico primordial. O ‘desconhecido’ reflete mais do humano do que o próprio ‘conhecido’, representado pela consciência. Ao postular sobre as neuroses, Freud as insere no plano do sentido da realidade psíquica e não da realidade material. Leva em conta, para a constituição do sujeito, sua singularidade⁹ e o percurso de sua história (Birman, 1991).

Em oposição à medicina vienense da época, Freud propôs um tratamento, uma construção de saber e um método de investigação próprios. Considerando a negatividade de seu objeto de estudo, o inconsciente, ele subverteu as concepções da época ao postular forças conflitivas imbricadas dentro de um aparelho psíquico (Uchôa, 1979).

“Freud acreditava em um determinismo psíquico dos sintomas” (Sterian, 2005, p. 50), entendendo-se psíquico como inconsciente. Para Birman (1991), Freud foi o primeiro neurologista a acreditar nos sofrimentos de seus pacientes neuróticos, postulando também, de forma pioneira, que os sintomas não se constituem por acaso, são produtos de um processo simbólico. Diferentemente de seus antecessores, Freud atribuiu importância específica aos

⁸ Segundo Hanns (1996), a tradução da palavra *Arbeit* para língua portuguesa (trabalho) faz com que importante nuance deste termo seja perdida. O autor realça, então, que o sentido em alemão “refere-se à ação de um sujeito que empenha um esforço de trabalho sobre um objetivo” (p. 190).

⁹ É relevante considerar a forma como Freud introduziu a singularidade na psicanálise e no campo ‘científico’ como um todo. Segundo Birman (1991), foi através da relação constante e dialética entre universalidade e singularidade que o autor garantiu a diversidade dos sentidos e das verdades, importante para um estudo de maior amplitude.

sintomas, considerando-os como uma “articulação portadora de sentido e dotada de arquitetura complexa, que devem ser desvelados através de um minucioso trabalho interpretativo” (Birman, 1991, p. 168). Essa nova proposta clínica não pretendia adequar ou corrigir anomalias, por meio da eliminação de sintomas. Nesse sentido, Freud retira o psiquiatra do lugar tanto de legislador, representante da norma, quanto de executor, que aplica penalidades aos anormais.

De acordo com Birman (1991), a constituição do sujeito na perspectiva freudiana propõe o retorno simbólico a um momento histórico anterior, da tradição ocidental, em que havia verdade e sentido na experiência da loucura. Freud retoma o universo metafísico da alma, as filosofias antigas e o discurso literário, inspirando-se na linguagem poética e identificando-se com as idéias de Goethe, Shakespeare e outros. Sua originalidade está baseada justamente no entendimento de que a loucura apresenta uma lógica interna e própria. Descarta-se qualquer pensamento causal linear, seja de ordem biológica ou social, introduzindo a multicausalidade da doença mental. Esse importante entendimento ajudou inclusive a construir uma nova medicina e uma nova psiquiatria, dinâmica e interpretativa (Uchôa, 1979).

Uchôa (1979) ressalta que Freud não via diferenças qualitativas entre neurose e psicose, sendo as descobertas no campo das neuroses aplicáveis, assim, às psicoses. As particularidades de uma e outra vão depender da intensidade dos conflitos, da profundidade das regressões patológicas e dos métodos de defesa utilizados pelo ‘eu’. Freud (1911/1980) discorreu sobre o delírio, produção psicótica por excelência, entendendo-o como tentativa de cura e construção em direção à realidade. Tal perspectiva reinsere mais uma vez o sentido, a verdade e a positividade das produções do sujeito. Esse entendimento foi decisivo para que Freud se dispusesse a ouvir seus pacientes, devolvendo à loucura seu poder de fala (Sterian, 2005).

Nos estudos sobre sonhos, lapsos de linguagem, atos falhos, sintomas e chistes, Freud mostrou as expressões da ‘loucura’ comuns a todos nós, rompendo com os limites e a oposição entre normal e patológico (Birman, 1991). Na medida em que Freud atrela o psiquismo do doente ao psiquismo da pessoa normal, torna tênue a linha que até então separava o normal do patológico, já que os mesmos princípios regem qualquer funcionamento mental (Facchinetti, 2004). Assim, Freud reincorporou a loucura “à ordem da subjetividade humana” (Sterian, 2005, p. 43), em postulações onde não há normas, mas singularidades (Souza, 1992, citado por Sterian, 2005).

É com essa perspectiva que proponho pensarmos a loucura e seu tratamento. Essa virada implica, acima de tudo, em um processo crítico de despsiquiatrização¹⁰. Quando me refiro a tal processo, ressalto principalmente a desumanização, ineficiência e insuficiência do modelo asilar/manicomial, o que exige uma mudança radical na maneira de tratar o louco e a própria loucura.

¹⁰ Quando me refiro ao processo de despsiquiatrização, não desconsidero a importância da psiquiatria no tratamento da loucura. Critico o modelo hospitalocêntrico e as instituições totais. Trabalharei essas questões, relativas ao modelo manicomial, à despsiquiatrização, antipsiquiatria e reforma psiquiátrica no próximo capítulo.

Capítulo 2

O PARADIGMA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA: PROPOSTA TEÓRICO-PRÁTICA

“Há algo neles que fala da diferença e chama a diferenciação”.

Foucault

No final do século XIX e início do século XX, duas vertentes psiquiátricas contrastantes coexistiam: a vertente psicanalítica freudiana e a nosografia kraepeliniana. Nesse período, a influência de Kraepelin foi decisiva para que a loucura se constituísse como uma problemática de ordem exclusivamente médico-orgânica. A psiquiatria passa a fornecer modelos racionais e dispositivos técnicos para o tratamento da loucura (Birman, 1980), ampliando seu campo de abrangência e sua influência na sociedade.

Tenório (2001) relembra-nos que a psiquiatria instituiu-se como o aparato social encarregado de responder ao problema do louco; devido à incapacidade da sociedade de lidar com o diferente e desviante. A resposta dada ao louco, legitimada científica e socialmente, foi seu aprisionamento e internação. Essa segregação atingiu o ápice da desumanidade e violência nos manicômios-depósito, onde os loucos foram abandonados.

Nesse contexto, o saber médico se apropriou do discurso psicanalítico e incorporou-o aos dispositivos institucionais psiquiátricos para referendar e manter uma prática asilar. A psicanálise, aquela deturpada pela psiquiatria (sintomatológica), passou a intervir de forma a normatizar e adaptar os comportamentos dos loucos, o que redimensionou sua prática segundo valores e pressupostos epistemológicos diferentes dos propostos originalmente (Birman, 1980).

2.1. O Modelo Manicomial: Extremo da Desumanização

“É um mundo sem história; em seus portões o tempo pára”.

Basaglia

O entendimento do louco enquanto doente mental possibilitou que a psiquiatria o tomasse como objeto de estudo e intervenção. Conforme mencionado no primeiro capítulo,

foi a partir do encarceramento e exclusão que a loucura foi supostamente tratada – um contexto em que a psiquiatria estava reduzida à descrição dos sistemas classificatórios, à prática indiscriminada da internação e à aplicação apriorística do fármaco, inexistindo esforço terapêutico ou tentativa de ressocialização dos pacientes (Tenório, 2001).

Goffman (1961/2005) define brilhantemente as instituições ‘totais’: “[...] local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada” (p. 11). Para o autor, tais instituições abrangem, além dos hospitais para doentes mentais, as prisões, os conventos, os sanatórios para tuberculosos, os leprosários, os quartéis, as escolas internas, as casas para cegos, velhos, órfãos e indigentes.

O manicômio – instituição total destinada ao tratamento do doente mental – é um ambiente inóspito (superlotação, deficiência de profissionais, péssimas condições de hotelaria, maus tratos) e ‘descaracterizador’¹¹ por excelência. As práticas padronizadas e violentas descaracterizam o sujeito, pela série de humilhações e “profanações do eu” (Goffman, 1961/2005, p. 24). O ‘eu’ do internado é mortificado, o que resulta em mudanças progressivas na concepção e nas crenças a respeito de si mesmo e dos outros. Nesse contexto emerge um ‘eu’ doente, inferiorizado, alienado da própria condição a que está submetido. Tal estigma é muitas vezes interiorizado pelo próprio paciente, que passa a incorporar as crenças da sociedade ‘normal’ a respeito da identidade do louco.

O louco, destituído de autonomia para gerir sequer suas necessidades pessoais mais fundamentais, é alguém sem direitos e sem qualquer possibilidade de cidadania. Vive subordinado a uma equipe técnica que dita regras e normas a serem seguidas. Assim, a identidade institucional se opõe e impõe à identidade do paciente, que é forçado a reorganizar

¹¹ Esse aspecto ‘descaracterizador’ é uma das principais funções do manicômio.

sua conduta e vida (Goffman, 1961/2005). Basaglia (1968/1985) complementa, ressaltando que, quando institucionalizado, o paciente perde sua identidade, incorporado que está à imagem que a instituição lhe impõe. Torna-se um corpo institucionalizado, vivido na instituição e pela instituição, assim como uma peça do mobiliário: presente, contudo sem vida!

As relações de autoridade e poder existentes na instituição manicomial estão embasadas principalmente na ação discriminatória da ciência médica. A psiquiatria, impotente diante da complexidade e indeterminação da loucura, atribuiu um valor negativo a ela, estigmatizando-a (Basaglia e cols., 1994). Nessa conjuntura, abandonou os loucos nos manicômios e criou a ‘norma’, “cuja infração pressupõe uma sanção por ela própria prevista” (Basaglia, 1968/1985, p. 102).

A psiquiatria, apoiada numa intenção terapêutico-orientadora, justifica a utilização da exclusão e da violência, entendidas como necessárias ao tratamento oferecido aos loucos. Segundo Basaglia (1968/1985), os ‘atos terapêuticos’ têm o único significado de ajudar os internos a se adaptar à condição de objeto de violência. Assim, o saber psiquiátrico transforma as brutalidades em tratamento, corroborando para a inexistência de cuidados terapêuticos nos manicômios, existindo apenas a eliminação da diferença.

O poder atribuído à equipe técnica é utilizado de forma inescrupulosa e violenta, mantendo os loucos em uma posição inferiorizada e passiva, coniventes com a situação em que se encontram, a de objeto de violência. Quando me refiro à convivência dos loucos, penso em dois aspectos principais: à posição de alienação em que muitas vezes se encontram, sem sequer darem-se conta das atrocidades a que estão submetidos; e também ao fato de não poderem agir de outra forma dentro de uma instituição de caráter punitivo, restando-lhes apenas a submissão às normas.

Basaglia (1968/1985) afirma que a divisão entre os que têm poder e os que não o têm

está na base de todas as relações que se estabelecem na sociedade, o que pode gerar violência e exclusão. Assim, ao se referir às instituições manicomiais, caracterizou-as como instituições da violência, uma vez que nelas é nítida essa relação de opressão.

A violência e a punição são aspectos essenciais e caracterizadores da lógica manicomial, fazem parte do cotidiano da instituição. Estão presentes de maneira indiscriminada, funcionando de forma verticalizada contra os loucos, que são silenciados e sofrem, no corpo, as conseqüências de sua dessintonia com as normas vigentes (Maia, 2008). Os internos são punidos quando não cumprem as medidas institucionais, quando agem de forma diferente do esperado ou simplesmente quando a equipe técnica quer reafirmar e manter seu poder (Goffman, 1961/2005). Qualquer comportamento minimamente autônomo ou de revolta do paciente é visto como desobediência e agressividade, fruto da sua doença. Tal conjuntura favorece, incita e cria as condições para a prática da violência no interior dos manicômios.

O conceito de poder disciplinar, elaborado por Foucault (2006), é fundamental para compreendermos o funcionamento da psiquiatria asilar e sua lógica manicomial. Segundo o autor, o poder disciplinar está presente em toda parte e provém de todos os lugares. Disperso e cotidiano, esse poder atua por meio de controle e vigilância incessantes. Porém, seu principal objetivo é justamente o momento em que não será mais preciso vigiar, controlar e punir, a “disciplina torna-se-á um hábito” (Foucault, 2006, p. 59).

Goffman (2005) compara os manicômios e as prisões, instituições tipicamente disciplinares. Para o autor, as formas de organização do espaço e da rotina aproximam as duas instituições. Em contrapartida, o manicômio não tem a função de instaurar uma lei – tal como a prisão –, mas simplesmente punir aqueles que dela se desviam. Outro ponto fundamental de diferença é que os loucos geralmente cometem delitos leves, que atentam ao costume, diferentemente dos presidiários.

Nos manicômios, o poder disciplinar adquire determinadas configurações, expressando-se através da imposição da força física sobre os corpos dos indivíduos. O poder disciplinar controla os corpos, agindo sobre a vontade e o desejo ‘desviantes’ dos internos. Nas palavras de Foucault (2006): “[...] os poderes em geral vêm, no último nível, tocar os corpos, agir sobre eles, levar em conta os gestos, os comportamentos, os hábitos, as palavras” (p.50). O corpo do interno está à mercê das mais diversas manipulações da equipe. Observa-se, assim, em virtude de sua suposta doença, um processo de dessubjetivação e desumanização do sujeito, reduzido que está à condição de nada.

O diagnóstico é a principal ferramenta de poder do médico, funcionando mais como um rótulo discriminador, um estigma e um juízo de valor, por trás da aparência de um julgamento técnico-especializado. Esse rótulo – de louco – geralmente acompanha a vida do sujeito, incapacitando-o das mais diferentes formas. Mantido distante dos indivíduos considerados ‘sãos’, o louco perde seu valor social, o que produz por si só ainda mais sofrimento.

Basaglia (1968/1985), apoiando a concepção de Goffman (1961/2005), aponta para uma importante questão associada à institucionalização de pacientes psiquiátricos. Para o autor, o tipo de relação que se estabelece com o paciente cronifica sua doença, o que contribui para que ele seja mantido na instituição, sob a justificativa de que precisa de tratamento. Esse círculo vicioso é mantenedor da condição de submissão a que o interno está sujeito, o que favorece a conservação do discurso médico no gerenciamento da loucura (Vechi, 2004). A cronificação¹² não pode ser considerada como evolução direta da doença, mas resultado dessa complexa articulação de poder. Essa compreensão refere-se ao que Goffman (1961/2005) denominou de ‘contingências de carreira’ moral do doente mental. Nessa perspectiva, a longa hospitalização provoca alterações psicopatológicas (iatrogenia) que incidem na auto-imagem,

¹² Segundo Amarante (2000), torna-se difícil distinguir o que é próprio do sofrimento da pessoa e o que é impresso pela sua condição de institucionalizado.

autoconfiança, crenças pessoais e na forma de se relacionar dos internos. Tais alterações produzem, por sua vez, adaptação demasiada ao ‘papel de doente mental’, dependência excessiva do atendimento psiquiátrico, vazio emocional e diminuição da vontade e do repertório necessários ao convívio social. Nesse entendimento, tais comportamentos são reflexo da insanidade da instituição, com todas suas arbitrariedades e mecanismos de manutenção do poder. Embasado nessas questões, Tenório (2001) afirma: “foi o hospício que inventou a psiquiatria, e não a psiquiatria que inventou o hospício” (p. 22).

Basaglia (1968/1985) traz ainda as implicações do sistema sócio-político-econômico nesse contexto. Para o autor, a realidade institucional vai incidir unicamente sobre os pacientes sem poder contratual, aqueles com poucas condições sócio-econômicas. Nas palavras de Basaglia (1968/1985): “o poder des-historificante, destruidor, institucionalizante em todos os níveis da organização manicomial, aplica-se unicamente àqueles que não têm outra alternativa que não o hospital psiquiátrico” (p. 108). Assim, o tipo de relação que se estabelece com o paciente – tratado como objeto ou não – é determinado por sua condição sócio-econômica-cultural. Ou seja, o estigma de doente mental é gerado mais por essa conjuntura social do que pela própria doença em si. Basaglia (1968/1985) denominou de violência original aquela advinda do sistema social, que estigmatiza, marginaliza e exclui o paciente pobre em virtude de sua suposta doença mental ‘incurável’. Na perspectiva do autor, outro destino, menos cruel, é reservado aos pacientes com melhores condições econômicas.

2.2. Os Primórdios da Reforma Psiquiátrica

Os manicômios corroboram a impotência da psiquiatria, sua incapacidade de tratar a loucura. Goffman (1961/2005) evidenciou os mecanismos psiquiátricos institucionais estranhos à doença e à cura, o que contribuiu para a crise que se instaurou na ciência psiquiátrica. Além de não tratar, a psiquiatria ainda produzia efeitos psicopatológicos diversos nos pacientes. O conceito de doença mental – tão caro ao positivismo médico – foi

paulatinamente questionado, assim como o próprio saber/poder e instituição psiquiátricos.

No século XX, após a Segunda Guerra Mundial, intensificaram-se as críticas ao modelo asilar¹³. O período pós-guerra caracterizou-se por profundas mudanças sócio-político-culturais, privilegiando a tolerância à diferença e às minorias. Para Russo (2002), a Segunda Guerra trouxe reflexões que permitiram que a vertente médica da psiquiatria fosse suplantada pela vertente psicológica: a psicanálise. Esse contexto histórico foi extremamente importante, pois dele surgiram as primeiras propostas mais sistematizadas de reforma psiquiátrica, assim como outras formas de entender a loucura. Segundo Desviat (1999), além da vontade coletiva de criar uma sociedade mais livre e solidária, outros fatores contribuíram para o surgimento de diferentes movimentos de reforma psiquiátrica no mundo. Entre eles a descoberta dos medicamentos psicotrópicos (com a clorpromazina) e a adoção da psicanálise (na originalidade freudiana) e da saúde pública nas instituições de psiquiatria.

Novos e distintos modelos de organização da assistência psiquiátrica foram implementados em diferentes países, a depender dos contextos e das particularidades de cada nação. Os primeiros e mais significativos movimentos de reforma foram realizados na Inglaterra, com as comunidades terapêuticas e a antipsiquiatria; na França, com a psiquiatria de setor e a psicoterapia institucional; e nos Estados Unidos, com a psiquiatria preventiva ou comunitária (Ribeiro, 2007). Cada um desses movimentos contribuiu de uma forma, apresentando pontos específicos na transformação dos modelos assistenciais (Nunes, Torrenté, Otoni, Moraes Neto & Santana, 2008). Ainda segundo Nunes e cols. (2008), todos esses movimentos denunciaram a situação manicomial, buscando a sua superação. A psiquiatria social caracteriza esse esforço, visando a ações mais no âmbito da coletividade (Birman & Costa, 2004).

Os movimentos de reforma psiquiátrica podem ser classificados em três grupos. O

¹³ Com o advento da Primeira Guerra Mundial, técnicas terapêuticas como a lobotomia e o eletrochoque passaram a ser utilizadas, transformando o asilo em um hospital psiquiátrico (Silva, 2001).

primeiro grupo busca a transformação do manicômio em uma instituição terapêutica (comunidade terapêutica e psicoterapia institucional). O segundo grupo assume a comunidade como central no tratamento (psiquiatria de setor e psiquiatria preventiva). O terceiro grupo propõe o fechamento do manicômio como pré-condição da reforma (antipsiquiatria e psiquiatria democrática italiana) (Desviat, 1999).

As **comunidades terapêuticas inglesas** surgiram como uma tentativa de humanização do manicômio. Essa iniciativa foi influenciada pela conjuntura da época, que exigia a recuperação rápida do enorme contingente de ex-combatentes de guerra (Silva, 2001). Segundo Birman e Costa (1994), “o novo lema é dinamizar a estrutura hospitalar, criar novas formas e condições de tratamento para uma eficaz recuperação dos pacientes como sujeito de produção” (p. 49). Tal proposta não extingue a estrutura hospitalar, mas propõe uma modificação interna, com a descentralização do poder e da autoridade. O hospital deve ser transformado em um espaço efetivamente de cura (pedagogia social), com a participação da comunidade, mais especificamente da família dos internos. O programa terapêutico está alicerçado em atividades grupais, com vistas à maior integração entre pacientes, equipe técnica e familiares. A experiência das comunidades terapêuticas foi relevante, já que colocou em evidência – pela primeira vez – as contradições fundamentais da realidade institucional (Basaglia e cols., 1994). Estimulou também o cuidado com o outro, promoveu a escuta dos internos e a democratização das opiniões. Para Rotelli (1994), porém, essa perspectiva não conseguiu ir além do hospital psiquiátrico, manteve em seu interior um falso democratismo técnico, não problematizando a importante questão da exclusão, que fundamenta a existência do hospital. Assim, a exclusão continua a existir, sob a forma de tolerância e complacência. Segundo Basaglia e cols. (1994):

[...] aquela que surgiu como uma exigência de renovação fundamental das instituições psiquiátricas, caiu no perigo de constituir-se, nas diversas atuações

práticas e nas conseqüentes especulações teóricas, em um novo tipo de instituição, mais moderna, mais eficiente, portanto, aceita pelo sistema devido ao fato de que, neste, as relações de poder continuam as mesmas (p. 15).

A **psicoterapia institucional francesa** propõe – assim como as comunidades terapêuticas – a reestruturação do espaço hospitalar. Nessa concepção, o hospital é entendido como lugar de cura dos pacientes, sendo necessário recuperar sua característica terapêutica ‘original’. Na medida em que segrega e silencia, a instituição manicomial está adoecida, afastada de sua função terapêutica. Nesse sentido, o hospital como um todo deve ser tratado (pacientes e equipe técnica), através principalmente do tratamento psicoterápico de base analítica. Para Fleming (1976, citado por Amarante, 2003), a explosão psicanalítica – após a guerra – leva a psicoterapia institucional a tentar conciliar psiquiatria e psicanálise, através principalmente da tradição lacaniana. Apesar das preocupações humanizadoras, tanto a psicoterapia institucional como as comunidades terapêuticas continuaram restritas ao hospital, não enfrentando o problema da exclusão social do louco (Amarante, 2003). Segundo Barros (1994, citado por Amarante, 2003), não se discutiu nesses modelos a relação de tutela e custódia, tampouco a idéia de periculosidade social associada ao louco.

As propostas da psiquiatria de setor e da psiquiatria preventiva ampliaram as noções das reformas anteriores, mas ainda não superaram o espaço asilar. A **psiquiatria de setor francesa** propõe que a terapêutica do paciente seja realizada – sempre que possível – no seu meio social, cultural e familiar, sendo a internação restrita a uma fase transitória do tratamento (Amarante, 2003). São implantados inúmeros serviços – hierarquizados, regionalizados e articulados entre si –, responsáveis pelo tratamento do paciente em seu próprio meio, antes ou depois de uma internação psiquiátrica (Lobosque, 2001). De acordo com Fleming (1976, citado por Amarante, 2003), a idéia é levar a psiquiatria à população, evitando a segregação e o isolamento do sujeito. A grande contribuição dessa proposta foi não

mais centralizar o tratamento na internação. Limitou-se, porém, ao questionamento da centralidade do manicômio no tratamento dos sujeitos, não incidindo de forma mais crítica na existência dos hospitais, mantendo-os como uma opção de tratamento. Segundo Rotelli (1994):

[...] a experiência francesa de setor não apenas deixou de ir além do hospital psiquiátrico, porque ela, de alguma forma, conciliava o hospital psiquiátrico com os serviços externos, e não fazia nenhum tipo de transformação cultural em relação à psiquiatria. As práticas psicanalíticas tornavam-se cada vez mais dirigidas ao tratamento dos “normais” e cada vez mais distantes do tratamento das situações da loucura (p. 150).

O intuito da **psiquiatria preventiva ou comunitária norte-americana** é a prevenção primária dos adoecimentos mentais, através de intervenções precoces na comunidade. Essa corrente objetiva: identificar na comunidade os doentes potenciais (‘suspeitos’) – ainda no período pré-sintomático – e encaminhá-los para tratamento; modificar os prováveis fatores causadores de doenças mentais nas mais diversas instituições, atuando de forma preventiva para evitar internações prolongadas e reduzir gastos. O desvio de ordem social é visto como doença mental ou como uma possibilidade iminente de doença. Esse modelo apresentou inúmeras falhas teóricas e metodológicas, além de um cunho extremamente normatizador. Não há consistência teórica que fundamente as práticas. A ação preventiva – por exemplo – é baseada em modelos causais inexistentes. Houve também um controle social rígido aos indivíduos com comportamentos desviantes, o que contribuiu para uma desassistência aos pacientes psicóticos – foco principal de atenção em psiquiatria. Essas questões contribuíram para a pouca efetividade do modelo (Birman & Costa, 1994). Para Tenório (2001), a principal contribuição da psiquiatria preventiva diz respeito à reinserção do sujeito na sociedade.

A **antipsiquiatria inglesa** foi a proposta de reforma mais radical surgida no âmbito da saúde mental. O saber médico-psiquiátrico foi veementemente contestado, considerado incapaz de tratar a loucura. Questionaram-se os valores inerentes à psiquiatria, o tratamento dispensado ao ‘doente mental’ e a própria relação sociedade e loucura. Esse movimento nega a noção de doença mental – considerando a loucura um fato social e político – e recusa a própria psiquiatria. A antipsiquiatria propõe a não intervenção ‘clássica’ na loucura – entendida como uma experiência de libertação dos loucos. O método terapêutico prevê a valorização do discurso, da ‘viagem’ ou delírio do louco (Amarante, 2003). Para Amarante (2003), “a antipsiquiatria busca um diálogo entre a razão e loucura, enxergando a loucura entre os homens e não dentro deles” (p. 44). Essa proposta criticou de forma ampla a sociedade, o que contribuiu para reflexões importantes em diversos âmbitos da coletividade. Colaborou inclusive com a transformação do conceito de desinstitucionalização, que passa a ser entendido como desconstrução do hospital psiquiátrico e não simplesmente como desospitalização (tirar os pacientes do hospital), tal qual propunha a psiquiatria preventiva norte-americana. A desassistência, porém, reflete um dos principais problemas dessa perspectiva. Ao negar a psiquiatria, o manicômio e a doença mental, a antipsiquiatria não criou novos espaços e outras modalidades para o acolhimento e assistência das pessoas em sofrimento psíquico (Amarante, 2000). Nessa concepção, o sofrimento talvez nem fosse considerado, já que a loucura estava circunscrita unicamente a uma sociedade violenta e normatizadora.

Segundo Birman e Costa (1994), essas propostas de reforma promoveram uma mudança radical no campo epistemológico da medicina mental. A concepção de ‘saúde mental’ vai se enunciando ao longo dos movimentos, comparecendo explicitamente na psiquiatria preventiva/comunitária. Para os autores, “apesar de formulável num sistema teórico, o que podemos claramente ler, nas entrelinhas das novas práticas e das novas

instituições, é a criação de um novo objeto da psiquiatria, que é a saúde mental” (Birman & Costa, 1994, p. 52). Com o deslocamento da perspectiva de ‘doença mental’ (paradigma positivista) para o entendimento de promoção de ‘saúde mental’ (paradigma psicossocial), o foco volta-se para a adaptação social do sujeito, em detrimento da cura. Isso representa a importante redescoberta das potencialidades e múltiplas capacidades dos sujeitos – inicialmente com um foco ainda muito normativo.

A concepção de saúde mental e a idéia de multideterminação do sofrimento ampliam a noção de cuidado e conseqüentemente expandem o leque de profissionais ‘cuidadores’, também conhecidos como ‘técnicos em saúde mental’. Nesse sentido, o saber médico não mais domina esse campo, equipes multiprofissionais atuam em conjunto para tentar responder à complexa demanda em saúde mental. A abordagem interdisciplinar de atenção à saúde enfoca o sujeito integral e seu sofrimento, e não apenas o doente e a remissão de sintomas (Machado, 2006).

2.3. A Tradição Basagliana e a Psiquiatria Democrática Italiana

“Contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática”.

Basaglia

Na Itália, Franco Basaglia parte das experiências de reforma anteriores e propõe transformações teórico-práticas na psiquiatria e na assistência em saúde mental. Segundo Rotelli (1994), graças a um certo atraso em iniciar reformas psiquiátricas na Itália que se tornou possível refletir sobre a viabilidade das experiências anteriores, extraindo frutos de suas falências. Basaglia criticou radicalmente o paradigma psiquiátrico (saber e prática) e todo o processo histórico-social que reduz a problemática da loucura em doença mental. Alicerçado no conceito de desinstitucionalização como desconstrução/construção, Basaglia rompe com a psiquiatria anterior e traz contribuições extremamente relevantes para pensarmos uma prática mais efetiva em saúde mental.

Inicialmente, Basaglia implementou uma série de transformações no Hospital Provincial Psiquiátrico de Gorizia, onde era diretor. A partir do modelo das comunidades terapêuticas, Basaglia buscou sobretudo a humanização e a modificação das relações institucionais (Amarante, 2000). Entretanto, logo essa proposta se revelou inadequada e insuficiente, já que instaurou novas formas de ‘fechamento’, mantendo a instituição asilar (Basaglia e cols., 1994). Segundo Amarante (2000), os modelos de reforma anteriores são considerados um passo necessário para a transformação do hospital psiquiátrico, mas não podem ser tomados como a solução para o problema.

Ao longo das primeiras iniciativas em Gorizia, Basaglia – que já tinha formação fenomenológico-existencialista – entrou em contato com as idéias de Foucault e Goffman, o que influenciou de forma decisiva no seu projeto de desconstrução. Essa operação de negação-superação-invenção teórico-prática foi implementada parcialmente em Gorizia e de forma concreta em Trieste (Amarante, 2000). Explicitarei primeiro os pressupostos que embasaram as propostas de transformação, para depois me ater às experiências em si, especificamente a de Trieste.

O processo de desinstitucionalização embasou todo o projeto de desmontagem efetuado por Basaglia. Amarante (2000) aponta que, diferentemente da proposta norte-americana, a desinstitucionalização italiana pressupõe o “afastamento do paradigma clássico, com sua desmontagem, e a conseqüente abertura de um novo contexto prático-discursivo sobre a loucura e o sofrimento humano” (p. 29). Esse processo é iniciado no manicômio e implica transformações em dois níveis: um teórico, em relação à problemática psicopatológica, e outro prático/político, em relação à exclusão e estigmatização social.

O conceito de doença mental – que justificou e sustentou a segregação e discriminação do louco – foi o primeiro a ser questionado. De acordo com Basaglia (1981, citado por Amarante, 2000), deve-se colocar ‘entre parênteses’ a ‘doença’ como construção

teórica e o modo no qual foi definida e classificada, para poder finalmente considerar o sujeito na sua existência-sofrimento, em toda sua singularidade, positividade e potencialidade. Segundo Rotelli (1990), a ênfase é colocada na pessoa, no processo de “invenção de saúde” e “reprodução social do paciente” (p. 30). Ao colocar ‘entre parênteses’ o ‘fenômeno’ (‘doença mental’), há uma importante demarcação epistemológica no campo psiquiátrico.

Diferentemente da vertente antipsiquiátrica, a psiquiatria democrática italiana não nega a ‘doença mental’, “mas recusa a aceitação da positividade do saber psiquiátrico em explicar e compreender a loucura/sofrimento psíquico” (Amarante, 2000, p. 80). Fleming (1976, citado por Amarante, 2000) aponta que a experiência basagliana trata principalmente de negar o mandato social do psiquiatra, recusando toda ‘terapêutica’ que exclui, controla, tutela e estigmatiza. Segundo Sartre (1966/1981, citado por Amarante, 2000), só assim a psiquiatria “passará a fronteira entre a ideologia e a ciência” (p. 79).

A face institucional da ‘doença mental’, nomeada por Basaglia de ‘duplo da doença mental’, também é denunciada, já que não diz respeito à condição de estar doente, mas de ser e estar institucionalizado (e não apenas hospitalizado). Para Basaglia, esse processo de desconstrução do conceito de ‘doença mental’ deve ser o primeiro e mais fundamental ato terapêutico, enquanto ponto de partida obrigatório – ao qual se deve retornar sistematicamente (Amarante, 2000). A partir da reconstrução da complexidade do fenômeno loucura é possível colocar em evidência a exclusão social dos loucos e transformar o modo como a sociedade lida com eles, modificando a assistência psiquiátrica.

Basaglia (1968/1985) e Rotelli (1994) apontam para o cuidado que se deve ter ao criar novos dispositivos, já que reinstitucionalizar o doente e os conceitos é sempre uma possibilidade concreta no cotidiano dos serviços. Os dispositivos devem reinventar-se¹⁴ continuamente para não perder de vista que a desconstrução dos manicômios ultrapassa o

¹⁴ No que Rotelli (1990) denominou de instituição inventada e nunca dada.

aparato físico e atinge principalmente a forma de lidar com as pessoas, no olhar que reduz e incapacita. Rotelli (1994) enfatiza que o verdadeiro e complexo processo de desinstitucionalização deve ocorrer inicialmente nas instituições, mas sobretudo continuar na comunidade, para gradualmente modificar as relações destrutivas que se instauram na sociedade e na família. Segundo Basaglia (1968/1985), é preciso necessariamente sair do território exclusivamente psiquiátrico para transformar a realidade. Nas palavras do autor:

[...] o questionamento do sistema institucional transcende a esfera psiquiátrica e atinge as estruturas sociais que o sustentam, levando-nos a uma crítica da neutralidade científica – que atua como sustentáculo dos valores dominantes –, para depois tornar-se crítica e ação política (p. 9).

Basaglia (1968/1985) elucida o aspecto paradoxal e contraditório do trabalho em saúde mental:

[...] uma vez acionado o processo de transformação institucional, damos-nos conta de quanto é contraditória a existência de uma instituição que nega a própria institucionalidade no seio de nosso sistema social. [...] nossa situação não tem outra saída senão continuar sendo contraditória: *a instituição é concomitantemente negada e gerida; a doença é simultaneamente posta entre parênteses e curada; a ação terapêutica é ao mesmo tempo refutada e executada* (p. 315-316).

2.3.1. Trieste: Uma Experiência Modelo

Após a iniciativa em Gorizia – que foi interrompida por questões políticas –, Basaglia inicia em Trieste – alguns anos depois – um processo de desmontagem da estrutura manicomial, com a posterior construção de novos espaços e formas de lidar com a loucura. Em cinco anos o manicômio de Trieste foi desativado. Ao longo desses anos, foram construídos sete centros de saúde mental (abertos), um para cada área da cidade (com cerca de

40 mil habitantes), funcionando 24 horas por dia, sete dias por semana (Rotelli, 1994). Todas as funções básicas assistenciais são cumpridas nesses centros, incluindo visitas domiciliares e internação em período de crise¹⁵ (Amarante, 2000). Nesses espaços, todo o trabalho da equipe é considerado psicoterapêutico, em oficinas, atividades de grupo, de socialização e encontro. São abertos também grupos-apartamento (residências onde moram usuários) e cooperativas de trabalho (Rotelli, 1994). Para Amarante (2003), “a experiência de Trieste demonstra ser possível a constituição de um ‘circuito’ de atenção que, ao mesmo tempo, oferece e produz cuidados e novas formas de sociabilidade e de subjetividade para aqueles que necessitam de assistência psiquiátrica” (p. 50).

Para Rotelli (1994), a demonstração prática da viabilidade do projeto de Basaglia possibilitou que em 1978 entrasse em vigor a Lei 180 (Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana ou ‘Lei Basaglia’, como ficou conhecida). Essa importante lei redireciona o modelo de atenção à saúde mental em todo o território italiano. Prevê o fechamento dos manicômios e a recuperação da cidadania¹⁶ dos loucos. A lei determina também a existência de uma ala psiquiátrica com no máximo 15 leitos nos hospitais gerais, para situações específicas que exigem um cuidado diferenciado.

Segundo Amarante (2000), o movimento – político – da psiquiatria democrática italiana contribuiu de forma decisiva para que a ‘Lei Basaglia’ entrasse em vigor. Fundado em 1973, tal movimento objetiva construir bases sociais amplas para a viabilização da reforma psiquiátrica na tradição basagliana em todo o país. O processo de transformações na Itália influenciou diretamente a reforma psiquiátrica brasileira.

2.4. Reforma Psiquiátrica Brasileira

O movimento pela reforma psiquiátrica brasileira se organizou de forma mais efetiva no contexto histórico-político de combate ao estado autoritário, representado pelos governos

¹⁵ Os centros contam com oito leitos para esse tipo de intercorrência (Rotelli, 1994).

¹⁶ O conceito de cidadania é palavra-chave nessa nova proposta.

militares. Anteriormente, porém, no final da década de 60, Tenório (2001) enfatiza que duas experiências de reforma ecoaram no Brasil: as comunidades terapêuticas e a psiquiatria preventiva. Nenhuma das duas teve impacto sobre o modelo hospitalocêntrico vigente. O modelo das comunidades terapêuticas serviu ainda de *marketing* para os manicômios privados que não queriam se engajar em mudanças concretas. Cabe ressaltar ainda que, depois do golpe militar de 64, o setor da saúde passou por um processo radical de privatização. A ‘indústria da loucura’ era responsável por grande parte da ‘assistência’ psiquiátrica da época (Amarante, 2006).

Nos meados da década de 70, a luta pela redemocratização no Brasil impulsionou uma série de críticas à ineficiência da assistência pública em saúde e seu caráter privatista. Foram feitas denúncias também à ‘assistência’ em saúde mental no país. Os muitos e grandes hospícios evidenciavam o abandono, a violência e os maus-tratos a que estavam submetidos os indivíduos considerados loucos. Nessa conjuntura, o movimento da reforma sanitária se articulou para elaborar alternativas e reformular o sistema nacional de saúde. No campo da saúde mental, as mudanças perpassaram a tentativa de humanização do asilo, o aperfeiçoamento técnico dos profissionais, o melhor gerenciamento da instituição, a criação de ambulatorios e a ampliação da assistência. Essas modificações não tiveram impacto significativo, nem na qualidade dos atendimentos, nem na modificação da hegemonia asilar. Entretanto, o movimento sanitário teve uma importante conquista: a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), que garante o atendimento à saúde a toda a população brasileira (Tenório, 2001).

Nesse contexto, foi criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) em 1978. Tal movimento denunciou as péssimas condições de vida e trabalho nas instituições psiquiátricas e a completa desassistência a que os internos estavam submetidos nesses lugares. Reivindicaram-se os direitos dos ‘técnicos em saúde mental’ e dos pacientes.

O MTSM teve grande repercussão, protagonizou as primeiras iniciativas e reivindicações da reforma psiquiátrica brasileira, transformando-se posteriormente no ‘movimento nacional da luta antimanicomial’ (Amarante, 2000).

Segundo Tenório (2001), três processos importantes para o movimento da reforma se consolidaram no país na década de 80: a ampliação dos atores sociais envolvidos, a iniciativa de reformulação legislativa e o surgimento de experiências bem sucedidas na perspectiva de um novo cuidado em saúde mental. Em 1987, dois eventos – I Conferência Nacional de Saúde Mental e II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental – marcaram a trajetória da reforma brasileira. O paradigma basagliano de desconstrução permeou esses encontros. As instituições e as formas arraigadas de lidar com a loucura devem ser desconstruídas. Surge então o ‘movimento nacional da luta antimanicomial’, com a importante adesão de novos protagonistas: os usuários de saúde mental e seus familiares. Com o lema ‘por uma sociedade sem manicômios’, o movimento reorganiza as reivindicações no campo da saúde mental, agora muito mais influenciado pelo movimento da psiquiatria democrática italiana (Amarante, 1994).

Em 1989, o deputado Paulo Delgado (PT/MG) apresentou o projeto de lei conhecido como ‘Lei da reforma psiquiátrica’. O projeto propunha a regulamentação dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico grave, a extinção progressiva das instituições de caráter manicomial e a criação concomitante de ‘recursos não manicomiais de atendimento’. Segundo Amarante (1994), com a apresentação do projeto de lei houve uma intensificação das discussões sobre o tema e a conseqüente popularização da causa da reforma, impulsionando transformações efetivas.

A despeito dessa iniciativa, transformações já estavam ocorrendo em alguns lugares do país. As experiências de Santos, São Paulo e Angra dos Reis merecem destaque, já que representaram marcos de uma nova prática em saúde mental no país. Em Santos, a Casa de

Saúde Anchieta – manicômio privado contratado pelo governo – foi extinta e no seu lugar foi implementada uma assistência de saúde mental organizada em torno dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS). Apesar de alguns retrocessos, essa experiência foi de fundamental importância para a reforma brasileira, já que mostrou a viabilidade de uma proposta desse tipo. Em São Paulo, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Prof. Luiz da Rocha Cerqueira também se tornou um exemplo a ser seguido. Esse foi o primeiro CAPS aberto no Brasil – em 1987 –, um serviço substitutivo que se propõe a uma ‘clínica ampliada’. Em Angra dos Reis, organizou-se a assistência em torno de um serviço tipo CAPS, o que prescindiu das internações psiquiátricas. Articulou-se também o programa ‘de volta para casa’, que teve repercussão internacional: em 1996 ganhou o prêmio de Melhor Programa de Reabilitação de Crônicos do Mundo (Tenório, 2001).

Na década de 90, o projeto de lei de Paulo Delgado estimulou a elaboração e aprovação das primeiras leis estaduais/municipais, portarias e resoluções destinadas à substituição do antigo modelo de assistência por uma rede integrada de cuidado em saúde mental. Nos anos de 1991 e 1992, a partir das Portarias 224 e 189 do Ministério da Saúde, os serviços do tipo CAPS/NAPS foram regulamentados e passaram a fazer parte do sistema de financiamento do SUS (Ministério da Saúde, 2005). No próximo capítulo especificarei mais detalhadamente os serviços do tipo CAPS, a que se propõem e de que forma estão articulados na assistência a saúde mental.

No que se refere ao projeto de lei, após 12 anos de difícil tramitação, a Lei da Saúde Mental – Lei 10.216¹⁷ – foi finalmente aprovada em 2001. Ela regula as internações psiquiátricas – devem ser breves e humanizadas, enquanto último recurso disponível –, promove mudanças no modelo assistencial através do processo de desospitalização, com a criação de serviços ambulatoriais, hospitais-dia, lares protegidos e centros de atenção

¹⁷ Reproduzida em anexo.

psicossocial (Ministério da Saúde, 2005). Apesar das alterações significativas em relação ao projeto original – a norma vigente não extingue os manicômios –, a lei tem sido considerada uma vitória importante, já que preza pela humanização dos serviços e pelos direitos dos usuários.

Na conjuntura atual do Brasil, inúmeras leis reorientam o modelo de assistência à saúde mental, priorizando a criação de uma rede alternativa, extra-hospitalar. Essas leis são importantes, mas insuficientes para gerar transformações efetivas – lacunas e brechas nessas leis contribuem para isso. Nesse contexto, hospitais psiquiátricos e clínicas particulares – marcadamente manicomiais – coexistem com serviços substitutivos, ambulatorios e leitos psiquiátricos em hospitais gerais. O hospital psiquiátrico ainda permanece como o principal recurso para a grande maioria dos pacientes, apesar dos inúmeros avanços das últimas décadas – com a desativação de hospitais e leitos e a criação de serviços substitutivos. Outro ponto relevante a ser destacado diz respeito aos interesses políticos e pessoais dos diferentes grupos que assumem o poder. Essas questões muitas vezes funcionam como impasse para uma transformação concreta. A assistência – de modo geral – continua insatisfatória, ineficaz e ineficiente (Alves, Seidl, Schechtman, Silva, 1994). Para Alves (1999, citado por Tenório, 2001), a substituição asilar no Brasil é uma tendência vigorosa e promissora, mas, ainda assim, apenas uma ‘tendência’... Desde que a Lei 10.216 foi implementada – há sete anos atrás –, observou-se de início inúmeras transformações. Com o tempo, o ritmo dessas mudanças foi diminuindo, até o momento atual em que nota-se um retrocesso e uma estagnação da reforma psiquiátrica no país (Paiva, 2003).

Capítulo 3

EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO EM SERVIÇO SUBSTITUTIVO DE SAÚDE MENTAL: A CONSTITUIÇÃO DE UM PERCURSO

“Fazer caber o louco na cultura é também ao mesmo tempo convidar a cultura a conviver com certa falta de cabimento, reinventando ela também seus limites”.

Lobosque

Conforme mencionado no capítulo anterior, existe no Brasil uma reorientação do modelo de assistência em saúde mental – inspirado no modelo de Trieste na Itália. Neste capítulo, explicitarei de forma mais detalhada em que consiste esse novo modelo. Darei ênfase aos CAPS/NAPS¹⁸, serviços – por excelência – substitutivos ao manicômio e à internação em hospitais psiquiátricos. Retratarei mais adiante minha experiência de estágio, que se deu em um CAPS no Distrito Federal.

3.1. O Paradigma Psicossocial e os Serviços Substitutivos

A reforma psiquiátrica introduz um novo pensar e fazer no campo da saúde mental. Novas modalidades de cuidado são articuladas para melhor assistir as pessoas que necessitam. O paradigma da atenção psicossocial norteia todas essas transformações, o que amplia e complexifica o campo. Para além da clínica tradicional, engloba a política, o direito, a cultura, o trabalho, as relações em sociedade.

Para Delgado (1997, citado por Tenório, 2001), “trata-se de ajudar o usuário em sua vida cotidiana por uma vida melhor, atuando entre a saúde e o bem-estar social” (p. 119). Nessa perspectiva, surge o termo reabilitação psicossocial. O serviço de saúde mental deve apresentar um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de troca de recursos e de afetos entre os pacientes (Saraceno, 1999, citado por Secretaria de Estado de

¹⁸ Atualmente, a regulamentação legal não distingue os serviços do tipo CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial). Os NAPS surgiram com a experiência de Santos e os CAPS com a experiência de São Paulo. Existe ainda a denominação CERSAM (Centro de Referência em Saúde Mental), referente aos serviços substitutivos mineiros. No presente trabalho, ao me referir a esses serviços, utilizarei a denominação CAPS.

Saúde de Minas Gerais, 2006), tendo em vista a reintegração das pessoas na família e na comunidade. Utilizo o conceito reabilitação psicossocial não no sentido de repor uma perda, mas de reconstruir as possibilidades de trocas, convidando o sujeito a exercer plenamente aquilo de que é capaz.

O tratamento visa ao acompanhamento da vida do sujeito, o que torna maleável o campo de intervenção profissional, antes restrito às ações institucionais. Segundo Tenório (2001), trabalha-se com a idéia de uma clínica que não dispensa a tradição, mas incorpora outros saberes, instrumentos, práticas e, sobretudo, outras preocupações. Ações na comunidade e no cotidiano dos usuários¹⁹ visam favorecer principalmente a autonomia/independência, a inclusão social e o exercício da cidadania. No âmbito da reforma psiquiátrica brasileira, adotou-se a expressão ‘clínica ampliada’ para designar esse tipo diferenciado de trabalho. Lobosque (2003) denomina ainda de ‘clínica em movimento’: “uma clínica que não caminha para si mesma, mas se combina e se articula com tudo o que se movimenta e se transforma na cultura, na vida, no convívio entre os homens” (p. 21).

Para viabilizar essa proposta e tornar o manicômio prescindível, exige-se uma rede articulada de serviços diversificados. Os CAPS são os dispositivos estratégicos centrais de articulação e tecimento dessas redes de cuidado, efetivando um novo modelo de assistência. Compõem ainda a rede: ambulatorios, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, residências terapêuticas, iniciativas de lazer assistido e trabalho protegido²⁰, centros de convivência, associações e outros (Tenório, 2001).

A noção de território é fundamental para compreendermos como se dá essa articulação em rede. Segundo Vieira Filho e Nóbrega (2004), o território não é apenas um espaço geográfico delimitado, é o ponto de referência cultural em que se vive em conjunto

¹⁹ O termo usuário refere-se aos usuários de serviços de saúde mental. Neste trabalho, ao me referir a essas pessoas, utilizarei esse termo e outros como: paciente, participante, freqüentador.

²⁰ A inclusão social pelo trabalho – através de oficinas de geração de renda e cooperativas – é um instrumento extremamente eficaz, presente em vários países.

com outras pessoas – constituído por uma diversidade de situações pessoais, familiares e sociais. Essa concepção – território ‘subjetivo’ – organiza a rede de atenção em saúde mental. Ou seja, os CAPS devem estar localizados e atuar nesses espaços, em constante articulação com os outros serviços e a comunidade – funcionando como porta de entrada da assistência na região. As parcerias com a comunidade são valiosas, formam uma rede de solidariedade que contribui tanto para a reinserção social dos pacientes quanto para a construção de um outro lugar social para a loucura.

Os CAPS são serviços de saúde (mental) abertos e territorializados que visam oferecer atenção integral, diária ou diuturna e multiprofissional. O atendimento é oferecido à população de sua área de abrangência, através de acompanhamento clínico e reinserção social dos pacientes. Os CAPS são lugares de “referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida” (Ministério da Saúde, 2004, p. 13).

A Portaria nº 336/GM²¹ de 2002 regulamenta atualmente os serviços do tipo CAPS. Essa portaria divide as modalidades do serviço em: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi (para crianças e adolescentes) e CAPSad (para usuários de álcool e outras drogas). Quanto aos CAPS I, II e III, eles cumprem a mesma função e estão definidos por ordem crescente de acordo com a abrangência populacional e a complexidade do serviço (tamanho, estrutura física, número de profissionais, diversidade de atividades). Os CAPS I (para municípios com 20.000 a 70.000 habitantes) e CAPS II (para municípios com 70.000 a 200.000 habitantes) atendem diariamente (8 às 18 horas) adultos, durante os cinco dias úteis da semana. Os CAPS III/NAPS (para municípios com população acima de 200.000 habitantes) funcionam 24 horas diariamente – incluindo feriados e finais de semana –, têm capacidade para acolher um

²¹ Reproduzida em anexo.

número maior de usuários e inclusive dispõem de leitos para situações emergenciais quando se faz necessário repouso e/ou observação (Ministério da Saúde, 2004).

Tenório (2001) enfatiza que a principal característica dos CAPS é o cuidado individualizado, considerando a problemática única e a história de vida de cada sujeito em sofrimento. O projeto/plano terapêutico individual direciona o tratamento segundo as particularidades de cada caso. Tenório (2001) nos alerta que a direção do tratamento é dada, a cada momento, pelas indicações do sujeito. É para o sujeito e através dele que é possível engendrar possibilidades terapêuticas. O técnico de referência tem ainda um papel importante nesse cuidado singularizado. Segundo Lobosque (2003), cada usuário é referenciado a determinado técnico, que é encarregado de acompanhar e conduzir mais diretamente o caso. O vínculo com o usuário é determinante na escolha desse profissional.

O acolhimento, o respeito absoluto aos diferentes modos de existir das pessoas e a responsabilização no cuidado são preceitos básicos e sobretudo éticos do trabalho num CAPS. A desconstrução da hierarquia e a busca de maior interação e aproximação entre usuários e membros da equipe também fazem parte da ‘filosofia’ dos serviços. Segundo Yasui (1999), o trabalho nos CAPS privilegia o encontro, o cotidiano, o detalhe das relações como critérios de uma clínica geradora de possibilidades. Assim, cuidar é circular atentamente no serviço, escutar, fazer companhia, conversar nos corredores, ‘atender’ em bancos nos jardins, criar as mais diversas estratégias para promover autonomia e inserção social.

Para Lobosque (2003), o serviço substitutivo é um local de grande complexidade de funcionamento e extrema simplicidade de recursos. Não necessita de recursos habituais dos hospitais, geralmente funciona numa casa na comunidade. De acordo com Tenório (2001), o CAPS deve oferecer um lugar para o paciente estar, enquanto espaço de sociabilidade, proporcionando uma ‘superfície de vida’, de trocas e circulação. O serviço deve fazer sentido para os freqüentadores, seja de acolhimento, sociabilidade ou continência. Só assim é possível

estabelecer novas possibilidades de produção de sentido de vida.

A equipe multiprofissional²² deve se articular para oferecer inúmeras possibilidades de atividades e vínculos para atender as diferentes demandas e esferas da vida dos sujeitos. No rol das atividades nos CAPS estão: os atendimentos individuais (prescrição de medicamentos, psicoterapia, orientação), atendimentos em grupo (oficinas terapêuticas – expressivas, artísticas, culturais, de geração de renda, de alfabetização e outras –, grupos terapêuticos, atividades esportivas), atendimentos para a família (em grupo e individual, visitas domiciliares), atividades comunitárias (festas, atividades de lazer, participação em eventos e grupos comunitários), assembléias²³ e reuniões (Ministério da Saúde, 2004).

As oficinas e os grupos terapêuticos são uma das principais formas de tratamento oferecidas nos CAPS. Essas atividades são realizadas em grupo – com a presença e orientação de um ou mais profissionais, monitores e/ou estagiários –, e podem ser de vários tipos, definidas através do interesse dos usuários, das possibilidades dos técnicos do serviço e das necessidades que surgem. As oficinas e os grupos visam a uma maior integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades, a realização de atividades produtivas, o exercício coletivo da cidadania (Ministério da Saúde, 2004).

No que diz respeito à equipe, é fundamental que esta seja qualificada para esse tipo de trabalho, comprometida com os usuários e engajada na ‘filosofia’ do serviço. A equipe deve atuar coletivamente na construção de um projeto comum de trabalho, num processo de comunicação que propicie as trocas (Yasui, 1999). As reuniões da equipe técnica são imprescindíveis para que o trabalho funcione. Nesses encontros, decisões são tomadas

²² A depender da complexidade e abrangência do serviço, a equipe pode ser composta por: psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, administradores, oficinheiros, nutricionistas, pedagogos, cozinheiros, faxineiros, vigilantes, estagiários.

²³ Através das assembléias e outras ações institucionais, estimula-se a participação ativa do paciente, de forma que se responsabilize pela trajetória de seu tratamento e pelas decisões a respeito do cotidiano do próprio serviço. Nas assembléias é possível uma interlocução maior entre usuários e equipe, de forma que o trabalho seja constantemente reavaliado, a partir da perspectiva dos participantes.

coletivamente, discutem-se casos clínicos, repensam-se o trabalho e as estratégias a serem adotadas.

3.1.1. Uma Palavra Sobre a Crise e a Tomada de Responsabilidade

Para que o novo modelo assistencial e a rede de cuidados funcionem, os CAPS devem não apenas ser uma alternativa à internação, mas efetivamente substituir os hospitais psiquiátricos. Para tal, a ‘crise’ deve ser acolhida nesses serviços, que devem funcionar sob o preceito da ‘tomada de responsabilidade’ ou ‘responsabilização de cuidados’. Ou seja, toda e qualquer demanda de saúde mental daquela região deve ser acolhida e respondida.

A ‘tomada de responsabilidade’ é um conceito amplamente utilizado pela reforma psiquiátrica brasileira – foi derivado da psiquiatria democrática italiana. Para Teixeira (2004), o termo diz respeito a uma atitude de implicação ética da equipe para com o sujeito que procura o serviço, o que define um projeto de comprometimento político e social que permite a organização e o funcionamento do trabalho. A ‘tomada de responsabilidade’²⁴ implica ainda que as atribuições entre os membros da equipe não sejam compartimentalizadas, segundo especialidades.

A princípio, a regulamentação legal distinguia os serviços do tipo CAPS e NAPS. Os NAPS (24 horas) eram serviços mais complexos que os CAPS, encarregados de responder de forma plena à demanda de saúde mental da região. Assim, os NAPS eram tidos como serviços substitutivos – por nascer da desconstrução do manicômio de Santos – e os CAPS eram serviços intermediários: funcionando entre o hospital, o ambulatório e a comunidade (Paiva, 2003). A Portaria nº 336/GM reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que também devem funcionar sob o preceito da ‘tomada de responsabilidade’, enquanto um serviço substitutivo.

No contexto da assistência psiquiátrica brasileira, a depender do Projeto de Saúde

²⁴ Para maiores informações sobre o conceito ‘tomada de responsabilidade’ e as implicações deste nos atuais serviços substitutivos, ver Teixeira (2004).

Mental de um município, região ou Estado, esses serviços podem funcionar em substituição à internação ou em complementaridade ao hospital psiquiátrico. No cotidiano dos serviços, responder à demanda significa – em algumas situações – encaminhar aos hospitais: principalmente quando o serviço não está preparado para acolher ‘a crise’ – geralmente os CAPS I e II. Os serviços que ainda funcionam junto aos hospitais devem procurar se instrumentalizar, melhorando o atendimento e tecendo melhor a rede, de forma a prescindir – tanto quanto possível – da internação. É importante frisar que, nesse novo modelo, a internação não é abolida, é entendida como um recurso eventualmente necessário, por isso a existência dos leitos nos hospitais gerais. Os dispositivos, porém, devem trabalhar para que não seja necessária a internação (Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2006).

3.2. O Paradoxo dos CAPS: CAPSCÔMIOS²⁵?

Para Teixeira (2004), o funcionamento dos novos dispositivos de atenção defronta-se com impasses e dificuldades clínicas e operacionais. Muito se tem discutido a respeito do trabalho realizado nos CAPS, e o quanto podem acabar reproduzindo a lógica manicomial (encarcerante e institucionalizadora), transformando-se em um aparelho sutil e sofisticado de controle social e exclusão. Segundo Basaglia e cols. (1994), corre-se o risco de ficar confinado nos limites de uma atividade puramente reformista, sem que haja elaboração de uma atividade revolucionária.

O serviço substitutivo, ao se colocar como um meio terapêutico acolhedor, facilitador e produtor de vida, pode facilmente tomar responsabilidade sobre toda a vida do usuário, mantendo o assistencialismo e a dependência alienante e protetora da instituição (Paiva, 2003). Lobosque (2001) enfatiza que o CAPS deve ser um local de passagem. A permanência no serviço é uma etapa na vida do paciente e não um meio de viver – como único lugar possível de existência. O usuário deve permanecer no serviço enquanto precisar e

²⁵ Alguns autores têm utilizado a denominação ‘CAPSCÔMIOS’ para designar os CAPS com funcionamentos manicomiais.

não mais do que isso, o que caracterizaria uma forma de institucionalização e/ou cronificação. Um tipo de cronificação que se dá através da atenção exclusiva ao usuário e da ausência de articulação com a comunidade. Ribeiro (2005) complementa:

[...] o serviço se oferta em toda a sua amplitude para que, um dia, o sujeito possa prescindir dele, ou usá-lo de outra maneira, ou noutra intensidade. [...] Vemo-nos obrigados a sustentar o campo dos paradoxos e das contradições para suportar um lugar que crie condição de inclusão e acompanhamento, tanto quanto de ausência e diferenciação (p. 6-7).

Novos dispositivos exigem um novo sentir, pensar e agir frente à ‘loucura’ e aos ditos ‘loucos’. Retomo aqui a importância da desconstrução do manicômio interno, ou seja, do olhar frente essas pessoas, que pode estigmatizá-las, reduzi-las e incapacitá-las. No cotidiano dos serviços, a constante reflexão e problematização dessas questões permitem um trabalho mais viável ética e tecnicamente, não burocratizado no tipo de circulação que propõe aos usuários. Abou-Yd e Silva (2003) enfatizam ainda que a desinstitucionalização é um processo diário e cotidiano que exige dos envolvidos uma posição ‘paranóico-revolucionária’. Para as autoras, “é o olhar atravessador dessa instituição a ser inventada, ou seja, é o verificador de algo inconcluso por natureza e eticamente comprometido com a liberdade. O desconforto de nunca concluir, inerente a tal experiência, é superado pela alegria da criação permanente” (p. 44).

3.3. (IM) POSSIBILIDADES no Cotidiano de um Serviço Substitutivo

“A nossa ética nos exige então que no dia a dia, confrontados com o muro do impossível, não deixemos de ser incansáveis criadores de possibilidades”.

Aguiar

Minha proposta neste subitem é mostrar um pouco da minha experiência de estágio que se deu em um CAPS no Distrito Federal. Não vou me ater às particularidades da reforma psiquiátrica no DF; pretendo articular a teoria vista até então com reflexões pessoais

diretamente vinculadas à minha prática em um serviço substitutivo.

O CAPS II Arthur Bispo do Rosário (conhecido como CAPS Paranoá) – onde se deu minha experiência de estágio – foi inaugurado em nove de março de 2006. Está localizado no Paranoá – cidade satélite de Brasília – e funciona num prédio contíguo ao Hospital Regional do Paranoá. Essa relação com o hospital tem efeitos concretos na dinâmica do serviço. Atualmente, o CAPS ‘responde’ a essa unidade hospitalar, não possui autonomia em termos de funcionamento administrativo e econômico. Em tese, os CAPS deveriam ‘responder’ diretamente ao município ou estado. Em Brasília, entretanto, uma série de níveis hierárquicos impede essa comunicação direta. Isso contribui muito para que o serviço seja esquecido e funcione sem o apoio que precisa. A maioria das reivindicações nunca foram atendidas.

O CAPS Paranoá não funciona numa casa, muito menos na comunidade. Suas instalações eram anteriormente destinadas a uma creche, são inadequadas ao funcionamento de um CAPS – parecem mais um mini-hospital. Na entrada, um guarda registra a entrada e a saída de pacientes, tem a recepção, e o local de espera dos usuários – com televisão e cadeiras. Tem a sala da gerência, a sala das medicações e do repouso, e quatro consultórios – para atendimentos individuais, familiares e outras atividades. Na parte mais interna estão os banheiros, a cozinha – restrita à equipe –, uma área que é utilizada como refeitório e local de convivência – com televisão, mesas e cadeiras –, duas salas maiores para oficinas e atividades em grupo, e uma área externa com bancos em concreto e horta.

3.3.1. Os Primeiros Passos

Meu percurso enquanto estagiária de Psicologia no CAPS Paranoá foi marcado por encontros e desencontros, altos e baixos, entusiasmos e desânimos. Durante três semestres letivos (aproximadamente 12 meses), acompanhei um pouco o cotidiano desse serviço substitutivo. Desde que comecei o estágio – em setembro de 2007 –, a instituição já passou por vários momentos diferentes. Atualmente, o CAPS Paranoá passa por um momento de

transição, de muitas incertezas e retrocessos, com a saída e entrada de novos profissionais – o que certamente torna mais sofrido escrever sobre essa experiência. Durante esse período, as experiências na instituição marcaram de forma intensa minha trajetória enquanto pessoa e profissional.

Meu interesse pela área da saúde mental impulsionou de forma decisiva a escolha do curso de graduação em Psicologia. Sempre me senti estranhamente instigada por essa área, ou melhor, por essas pessoas, que tão peculiarmente compõem (ou não) o espaço social. Durante o curso de graduação, sempre que possível procurei uma interlocução com a saúde mental. Entretanto, foi a partir do sétimo semestre – através da disciplina Psicopatologia I – que pude me aprofundar mais na área. As leituras sugeridas pela professora Tania Inessa Martins de Resende e as inúmeras discussões em sala de aula alimentaram minha vontade de atuar com a saúde mental. Esse feliz encontro reacendeu minhas paixões: pela Psicologia, pela vida, pelas pessoas, pela arte e pela beleza.

No oitavo semestre iniciei meu percurso no CAPS Paranoá, a princípio no projeto de extensão, depois nos estágios A e B – orientados pela mesma professora. É curioso repensar esse meu primeiro semestre de estágio, e o quanto tudo parecia radicalmente novo e diferente. A instituição era uma novidade, assim como os profissionais e os pacientes. Eu não sabia ao certo qual o meu lugar e o que deveria fazer. Meu contato com os pacientes e a equipe era tímido e receoso, meu circular na instituição era desconfiado e tenso. Nesses primeiros momentos, o estigma e as representações sociais negativas da loucura ainda estavam fortemente arraigados – apesar de todo um embasamento teórico que colocava em xeque essas questões. Foi no cotidiano que pude encontrar meu lugar no CAPS, me sentir à vontade, criar vínculos e desconstruir idéias como a periculosidade e a improdutividade associadas ao ‘louco’.

Inicialmente, o que mais me mobilizou foi o contato com as pessoas que

frequêntavam o serviço: existências e experiências assustadoramente diferentes das que até então eu havia conhecido. A intensidade do sofrimento e a carga emocional presentes mexeram e mexem muito comigo – na minha humanidade. O sofrimento dos usuários geralmente perpassa questões das mais diversas ordens: psíquicas, familiares, econômicas, sociais, jurídicas, do trabalho. Toda essa complexidade me chamou atenção, tanto conversando com os pacientes, quanto participando das consultas psiquiátricas, da terapia comunitária e de oficinas terapêuticas. Diante da complexidade dos casos, como atuar e intervir, o que fazer, qual o meu papel na instituição? Essas questões foram reiteradamente discutidas em supervisões. Casos de pacientes mais ‘desorganizados’ me instigavam muito, na verdade continuam instigando, mas certamente de forma diferente – retomarei isso adiante.

Nesse primeiro estágio, acompanhei algumas atividades que aconteciam na instituição, mais especificamente o grupo terapêutico (GT) e a terapia comunitária. Os GT eram consultas em grupo conduzidas pelo psiquiatra, com a participação eventual de outro membro da equipe. A dinâmica e o funcionamento dessa atividade adquiriam em certas ocasiões características manicomiais, não condizentes com a proposta de trabalho nos CAPS. Os GT tinham a finalidade restrita de trocar receituário, com pouco espaço de interlocução com o paciente. A necessidade de escrever no prontuário e a presença do acompanhante muitas vezes impediam a comunicação direta do psiquiatra com o usuário. A postura do médico, que muitas vezes ocupava um lugar de saber/poder, contribuía para essa distância e diferenciação com os pacientes. Os usuários não eram informados a respeito de sua ‘enfermidade’ e não sabiam a finalidade do remédio que tomavam. De forma geral, simplesmente aceitavam a medicação e se mantinham em silêncio, já que o doutor²⁶ havia prescrito. A postura do psiquiatra favorecia essas reações dos pacientes, já que muitas vezes

²⁶ A equipe do CAPS não utiliza jaleco, apenas um crachá de identificação. O jaleco é entendido como símbolo de poder (‘homens de branco’), por isso não é bem vindo num serviço substitutivo. Um aspecto curioso acerca da ausência do jaleco é que a princípio não distinguimos quem é da equipe e quem é usuário do serviço. Isso é certamente interessante para o próprio funcionamento de um CAPS.

ele era impaciente com os pedidos de esclarecimento, especialmente quando os usuários eram analfabetos. Nessas consultas, as broncas eram comuns, decorrentes do uso errôneo da medicação e/ou da pouca adesão ao tratamento – evidenciada nas faltas aos atendimentos e/ou às atividades. Isso demonstra de forma bastante concreta a posição de saber e superioridade do médico, a quem os pacientes deviam explicações a respeito do tratamento que ele julgava ser o melhor. Acho importante ressaltar que essa era a dinâmica desses grupos. Posteriormente, estive em outros atendimentos psiquiátricos na instituição, que a meu ver acolhiam e acompanhavam melhor os pacientes. O GT foi substituído pelas consultas individuais, justamente na tentativa de melhorar tal atendimento.

Pude acompanhar e participar também – de forma mais intensa – da terapia comunitária. Segundo Guimarães (2006), a terapia comunitária é um procedimento terapêutico grupal, com a finalidade de promover a saúde e a atenção primária em saúde mental. Funciona como fomentadora de cidadania, de redes sociais solidárias e da identidade cultural das comunidades, através de equipes institucionais públicas, privadas ou voluntárias. Na época, essa modalidade de atendimento era nova para mim. Minha participação na terapia comunitária teve dois momentos bem distintos. De início, minha preocupação era muito mais técnica, estava preocupada com a metodologia do trabalho e com anotações da fala dos participantes. Com as supervisões e um amadurecimento profissional/pessoal, pude me posicionar de forma diferente: realmente estar na atividade, ouvir, participar, criar vínculos. Foi uma experiência muito interessante, criei meus primeiros vínculos no CAPS nessa atividade. Hoje, vejo a terapia comunitária como um recurso a mais, uma possibilidade de interlocução com a comunidade, uma maneira de criar laços sociais e uma rede de solidariedade, que pode ser muito eficaz em alguns casos.

Tive a oportunidade de participar de algumas oficinas, como a oficina de auto-

cuidado, quilling²⁷ e macramê²⁸. A oficina de auto-cuidado tem por objetivo favorecer e promover o cuidado pessoal. Trabalha-se a importância do cuidado com o corpo, com a higiene pessoal. Nessa oficina, o ‘ambiente’ era descontraído e acolhedor, os usuários eram ouvidos em meio a depilações, cuidado com as unhas, brincadeiras, participando da atividade livremente. Pude criar vínculos com alguns pacientes, falávamos de depilação, ao mesmo tempo em que conteúdos pessoais iam surgindo... As oficinas de quilling e macramê focalizavam a atividade em si, não havia espaço de fala e escuta. Os pacientes faziam a atividade e muitas vezes permaneciam em silêncio, já que suas falas eram desconsideradas e ignoradas pelo técnico. A dinâmica dessas oficinas me incomodava bastante, os usuários eram vistos como incapacitados, o técnico lhes ensinava e fazia tudo por eles, numa relação institucionalizada de tutela e dependência. Essas oficinas, que deviam ser terapêuticas, não promoviam sequer escuta aos pacientes; autonomia e cidadania então, nem pensar! As atividades também não visavam à geração de renda e reinserção social através do trabalho. ‘Simplesmente’ mantinha os pacientes ocupados durante aquele período, sem se preocupar com a produção de algo com qualidade para vender no mercado. O trabalho assistido poderia conferir valor à vida de muitos frequentadores do serviço, fazendo-os se sentir úteis, capazes. Até hoje, essa modalidade de inserção social – através do trabalho – não existe no CAPS Paranoá.

As experiências dos usuários – de início tão radicalmente distantes da minha experiência –, foram se assemelhando a algumas vivências pessoais. Em alguns momentos eu me questionava e pensava: ‘sabe que não somos tão diferentes assim?’. Alguns contatos mais próximos com pacientes, geralmente em conversas nos bancos na área externa do CAPS, me sensibilizaram de tal forma que passei aos poucos a enxergar as pessoas e os sofrimentos que

²⁷ O quilling é uma técnica que utiliza tiras de papel para criar diversas formas e desenhos. É utilizado para decorar cartões e outros materiais.

²⁸ O macramê é uma técnica de tecer, através de nós feitos com as mãos. É utilizado para decorar panos de prato e outros materiais.

apresentavam com outros olhos. Ecoou em mim, no meu sofrimento, na minha vida – certamente não poderia passar em branco. A beleza e a tristeza do humano, demasiado humano de todos nós estavam tão escancaradas naqueles encontros, naquelas conversas, naquelas pessoas... A sensação era: ‘encontrei meu lugar’! Encontrei um lugar onde gosto de atuar profissionalmente e, principalmente, encontrei meu lugar próximo a essas pessoas. Acredito que essa humanidade e esse olhar diferenciado foram meus principais ganhos nesse estágio – quando foi possível desfazer a idéia de periculosidade associada ao ‘louco’.

Minha circulação na instituição foi ficando mais livre, desinibida, o que tornou meus vínculos mais genuínos, intensos e legítimos. Acredito que a partir de então foi possível pensar que algum trabalho estava sendo feito, junto àquelas pessoas. Isso aconteceu no final do meu primeiro estágio, mais especificamente quando conduzi um grupo na instituição.

O projeto de estágio previa a condução de uma atividade na instituição. Assim, no final desse primeiro estágio, conduzi (junto com outra estagiária) o Grupo de Encontro – foram realizados cinco encontros nas três últimas semanas. A proposta desse grupo era disponibilizar um espaço onde os pacientes pudessem estar e conviver – cada um a sua maneira –, a princípio ensinando ou aprendendo alguma atividade e principalmente se posicionando de forma autônoma. A principal idéia articulada aos encontros era a de tirar o paciente do lugar de não-saber, assujeitado, aprendiz e incapaz, como normalmente ocorria no CAPS, e convidá-lo a se implicar e engajar, enquanto sujeito ativo, capaz de ensinar, aprender e compreender o processo pelo qual está passando. As atividades realizadas no dia dependiam da disponibilidade e vontade dos participantes, tendo cada dia se caracterizado de forma bem diferente do outro, seja pelas atividades realizadas, seja pelas dinâmicas ocorridas. A improvisação e a flexibilidade foram de fundamental importância, já que no decorrer dos encontros alguns procedimentos anteriormente estabelecidos precisaram ser modificados para se adequar à demanda do grupo. De início, tínhamos a idéia de – a cada encontro – uma dupla

ensinar algo aos demais. Isso acabou não acontecendo, mas essa dinâmica de ensinar e aprender algo perpassava a atividade, inclusive com os participantes nos ensinando. Procuramos²⁹ estimular a expressão dos pacientes, a interação e apostar no reconhecimento de suas capacidades. Foi na condução desse grupo que comecei a perceber que recursos simples respondiam de forma satisfatória a várias demandas dos usuários. Ouvir, conversar, fazer a atividade junto, conviver, brincar, acolher, reivindicar. Pude também conhecer melhor os pacientes e inclusive entender a fala aparentemente sem sentido de alguns usuários. Acredito que o grupo se constituiu em um espaço onde os pacientes puderam se expressar e ser acolhidos nessa expressão, seja qual fosse, caracterizando-se também como um lugar de convivência, interlocução e troca mútua.

A maior angústia e também o grande desafio desse primeiro estágio foi com relação à atuação profissional. Especialmente nos casos mais ‘comprometidos’, em que o discurso parece desconexo e sem sentido, o contato e a aproximação são difíceis, como atuar e intervir, é possível vislumbrar avanços, resgatar algo (sentido? subjetividade?) nesses pacientes? Só pude compreender melhor a complexa relação teoria-prática quando estive menos preocupada com minha atuação e minhas anotações e me permiti vivenciar e estar verdadeiramente nas relações e contatos que estabeleci. Quando isso foi possível, encontrei a teoria na prática e não a prática na teoria – como a princípio buscava. Foi quando participei efetivamente das atividades, sem amarras e inibições, que obtive os melhores resultados e aprendizados.

Durante o segundo semestre de 2007, as atividades no CAPS aconteciam a todo vapor, por mais que algumas não estivessem exatamente condizentes com a ‘filosofia’ do serviço. Eu percebia a equipe animada com o trabalho, disposta a repensar idéias e práticas. Nesse primeiro estágio, minhas expectativas em relação ao serviço foram de certa forma condizentes com o que encontrei na instituição. Não esperava um serviço perfeito e não

²⁹ Ao me referir ao Grupo de Encontro, utilizarei a primeira pessoa do plural, já que as atividades foram conduzidas e elaboradas em conjunto com outro(s) estagiário(s).

encontrei um serviço perfeito, mas encontrei uma equipe engajada em pequenas transformações cotidianas. Com relação à minha atuação profissional, foi confortante e maravilhoso pensar que, mesmo em casos que remetem a uma impossibilidade de atuação, há sempre algo a ser feito. Há um sujeito e toda uma história por trás daquele sofrimento que merecem acolhimento e escuta diferenciados. Não estou dizendo que é fácil, pois não o é, mas é possível. Foi com essa sensação que terminei meu primeiro estágio no CAPS: o trabalho é possível, e surpreendentemente é na simplicidade das trocas relacionais que ele se efetiva de forma concreta.

3.3.2. Um Novo Grupo de Encontro

Em março de 2008, iniciei meu segundo semestre de estágio no CAPS Paranoá. Esse estágio foi bem diferente do anterior, já que o Grupo de Encontro se tornou ‘oficialmente’ uma atividade institucional, que acontecia às segundas-feiras pela manhã. Saí de uma posição de observadora – que caracterizou grande parte do meu primeiro estágio –, para uma posição mais ‘ativa’ profissionalmente.

A dinâmica do Grupo de Encontro tomou características próprias e diferenciadas em relação ao grupo anterior e ao que se propunha originalmente. Também pudera, além de conduzir o grupo com outro estagiário, novos usuários começaram a participar da atividade. De início, a idéia foi dialogar com os participantes para que o grupo e as atividades ali desenvolvidas fizessem sentido para eles. Assim, elaboramos um contrato de convivência a partir dos conteúdos trazidos pelos usuários. No contrato, foi estabelecido que o grupo deveria oferecer um espaço aberto à convivência; ao *estar com*, respeitando os limites e as possibilidades subjetivas de cada um; ao acolhimento da livre expressão idiossincrática; à (re)construção da cidadania e dos laços sociais; à autonomia. Junto do contrato de convivência, os usuários elencaram um conjunto de atividades que gostariam de realizar durante os encontros do grupo. Em virtude da diversidade de atividades sugeridas, decidiu-se

que cada um participasse do grupo livremente, da forma que tivesse vontade. Foi assim que o Grupo de Encontro reiniciou suas atividades.

Iniciávamos os grupos (quase) sempre abrindo espaço para falar sobre o final de semana ou sobre qualquer outra coisa. Em princípio, poucos usuários se expressavam. Aos poucos, eles foram se apropriando desse espaço, até o momento em que uma parte considerável da atividade era destinada a essas conversas. Usuários que quase não falavam, passaram a dividir experiências com o grupo, relatar dificuldades e alegrias. Quando não havia mais demanda para falar diante do grupo, cada paciente ia fazer sua atividade ou conversar. Uns queriam desenhar, outros preferiam fazer colares e/ou pulseiras... Inúmeras atividades aconteciam simultaneamente, a depender da vontade dos participantes. Crochê, macramê, tapete, quilling, colagem e outros. Era justamente nesses momentos que aproveitávamos para acompanhar mais de perto cada paciente, conversar um pouco, saber da atividade que estavam fazendo, brincar, *estar com*.

O foco dos encontros não era a atividade em si (produto) – apesar de ela permear todas as situações –, mas o processo, a conversação e a ressignificação das experiências trazidas pelos sujeitos. As mais diversas atividades expressivas realizadas nos encontros constituíram-se em um importante meio que possibilitou laços sociais, expressão autêntica dos participantes, autonomia. Alguns pacientes, que antes faziam um desenho qualquer para ir embora, passaram a permanecer na atividade para conversar, conviver, trocar experiências, dar suporte ao outro, sorrir.

Desde que comecei a estagiar no CAPS Paranoá, a dependência e a falta de autonomia dos pacientes (adultos) – ou de grande parte deles – me incomodava. Procuramos nesse grupo quebrar um pouco essa dinâmica institucional. O ‘símbolo’ dessa mudança foi representado pelos armários abertos. Ou seja, quem quisesse pegar algum material, poderia ficar à vontade, os armários estariam abertos. Os usuários rapidamente se apropriaram do

armário e da própria atividade. É incrível como a mudança no olhar que é dirigido às pessoas traz modificações tão concretas na forma de se relacionar. Os pacientes, que antes não faziam nada sem o aval do técnico, estavam revirando o armário, organizando os materiais... Lembro de um usuário, Fábio³⁰, que participava da oficina de macramê como ajudante do técnico, era visto como incapaz de fazer a atividade sozinho. No Grupo de Encontro, Fábio tem uma participação ativa, tanto nas atividades quanto nas conversas, nas brincadeiras.

O Grupo de Encontro vivia cheio e movimentado, com pessoas entrando e saindo, falando. O barulho e a bagunça também faziam parte da atividade, e eram muito bem vindos. A sensação que eu tinha era que havíamos reconstruído um espaço, ou melhor, construído... A participação cada vez mais efetiva e autônoma dos usuários engendrou ações ricas proporcionando um salto qualitativo e significativo nas relações inter e intra-subjetivas ali estabelecidas, contribuindo para que a nossa condução adquirisse uma configuração mais condizente com o que surgia a cada encontro. Assim, nossa participação se deu enquanto mediadores e interlocutores dos conteúdos surgidos, sendo tal mediação da ordem da convivência horizontal, ganhando um caráter mais fluido, participativo, dinâmico e interativo ao longo dos encontros. Às vezes, os encontros eram por demais tensos e imprevisíveis, o que exigia muita flexibilidade na condução das atividades. O processo dialógico foi um referente nas relações que se estabeleceram naquele espaço coletivo, proporcionando a construção e legitimação de um espaço relacional diferenciado de conversação e produção de sentidos, ao mesmo tempo denso, intenso e acolhedor das experiências ali compartilhadas.

Certa vez, aconteceu uma situação tensa no grupo, difícil de lidar. Uma paciente, Carla, não estava bem, muito eufórica, falando muito e alto, revoltada com os familiares, o alcoolismo do marido, o descaso da família... Eu a ouvi durante bastante tempo, e depois de uma intervenção minha – em que devolvi uma pergunta a ela em relação à ajuda que

³⁰ Utilizarei nomes fictícios, a fim de preservar a identidade dos usuários do serviço.

estávamos oferecendo –, Carla começou a gritar e me insultar de forma agressiva. O sofrimento de Carla era tão intenso, mas tão intenso, que mobilizou todo o grupo, me mobilizou bastante. Tenho um bom vínculo com Carla, o que me ajudou a ouvi-la nesse momento, e não ficar com medo dela, nem ofendida com o que ela me falou. A situação ficou mais tensa quando outra usuária do grupo, Rosângela, se posicionou de forma igualmente agressiva para me ‘defender’. Não havia o que fizesse elas nos ouvirem naquele momento... As coisas foram se acalmar quando Andréia – outra participante do grupo –, num gesto absolutamente sensível, abraçou Carla. Andréia sabia muito mais do que eu, o que Carla estava precisando, e ela foi precisa. Com o abraço, Carla desabou em um choro desesperado... Depois disso, conseguimos de certa forma ‘contornar’ a situação, acalmando as usuárias. O que eu aprendi desse dia? Muitas coisas... Foi uma aula e tanto...

Conduzir uma atividade com regularidade permite um contato muito mais próximo com os usuários e um acompanhamento mais efetivo de cada caso. Ao longo do semestre, os pacientes começaram cada vez mais a nos procurar para conversar, para falar de questões pessoais, com conteúdos extremamente intensos e dolorosos. Através das supervisões, foi possível pensar em diversas estratégias apropriadas a cada caso. Estratégias de vinculação com o paciente e a família, articulações possíveis com a equipe, manejos clínicos... Isso enriqueceu significativamente minha experiência profissional.

Um momento marcante desse estágio foi quando acompanhei Telma, uma usuária em crise. Foi extremamente intenso, mobilizador e difícil, até porque foi meu primeiro contato mais próximo com uma situação desse tipo. Eu não conhecia Telma até então, o que contribuiu para aumentar meu receio. Telma estava inquieta, confusa, fazendo e falando coisas estranhas e aparentemente sem sentido, tirando a roupa, mobilizando as pessoas ao redor. Quando um paciente, Fábio³¹, brincou com ela, a situação ficou mais tensa. Telma

³¹ Refiro-me ao mesmo usuário citado anteriormente.

falava coisas agressivas para Fábio e o impedia de sair da sala. Fui até onde eles estavam, tentei alguma aproximação com Telma, ela continuou agressiva, falando coisas em que eu não via sentido, me impedindo de sair da sala. O olhar de Telma era tão estranho, mas tão estranho, que eu não conseguia um contato visual com ela. Ela me olhava, mas era como se não estivesse me olhando, o olhar me atravessava e entrecortava. Esse olhar me marcou muito, nunca tinha visto nada igual – um olhar ausente. Fiquei com medo e receio de Telma, não sabia o que fazer, nem o que esperar daquela situação. Telma tirava a blusa, mostrava a barriga e falava que tinham coisas dentro dela. Fiquei ao seu lado, caminhando e desenhando. Aos poucos minha sensação mudava, não estava mais com medo e receio, estava diante de uma pessoa completamente desamparada, frágil, despedaçada... O sofrimento e a angústia de Telma estavam dolorosamente estampados no corpo. Suas expressões eram de quem estava no mais profundo e inimaginável sofrimento. Ela parecia uma criança perdida, deitou no meu ombro... Telma passou uma semana no CAPS desse jeito, a equipe se revezava no acompanhamento. Infelizmente, quando ela já estava um pouco melhor, acabou sendo internada pelos familiares. Quando a revi um tempo depois, era outra pessoa, Telma estava bem melhor. Em supervisão na instituição, entrei em contato com sua história, o que me ajudou a entender um pouco melhor o que ela me falou naqueles momentos, o que ela desenhou junto comigo. Posteriormente, estive com outros pacientes em crise, mas nenhum outro caso me marcou tanto quanto esse. Deparei-me novamente com situações em que intervenções aparentemente simples – *estar com*, ouvir, suportar – respondem satisfatoriamente.

Nesse primeiro semestre de 2008, enquanto o grupo funcionava numa dinâmica à parte, a instituição passava por inúmeras dificuldades: desde a saída de duas ótimas profissionais, desmotivação dos técnicos, incertezas profissionais³², condições inadequadas de

³² O contrato trabalhista, de vínculo temporário, era o carro chefe mantido pela instituição com a maioria dos técnicos no CAPS Paranoá.

trabalho³³, até a falta de gerência³⁴, de supervisão, de formação continuada e de políticas públicas em saúde mental. Algumas dessas dificuldades sempre estiveram presentes, mas a impressão que eu tenho é de que o serviço como um todo começou a desandar, especialmente com relação aos profissionais. A equipe é quem dá o tom do serviço, e quando a equipe se desmotiva e se desinteressa, a atenção aos pacientes fica prejudicada pela acomodação e inércia que se instauram. O ‘clima’ no CAPS começava a vislumbrar a tempestade que viria. Contudo, com relação ao Grupo de Encontro, a sensação era de que estávamos no caminho certo...

3.3.3. Limites e (Im) Possibilidades no Trabalho

Em setembro de 2008, retornei ao CAPS Paranoá, agora no meu terceiro e atual estágio. Optei por continuar na instituição, mesmo sabendo que a situação estaria difícil, com o encerramento dos contratos temporários de metade da equipe. Apostei no trabalho que estamos fazendo, especialmente com o Grupo de Encontro.

Logo na primeira reunião, fomos informados sobre as mudanças institucionais. Com a redução da equipe e a diminuição de horas de trabalho dos psiquiatras, muitos grupos, oficinas e atividades deixariam de existir, os acolhimentos a novos pacientes seriam reduzidos significativamente e muitos atendimentos passariam a ser individuais – tal como um ambulatório. Um médico do Hospital Regional do Paranoá, que já havia trabalhado no CAPS, passou a ‘responder’ pelo serviço – sem nomeação ‘oficial’. Esse profissional – que não concorda com a ‘filosofia’ do CAPS –, começou a mandar e desmandar arbitrariamente em tudo o que acontecia na instituição. Tudo o que diz respeito ao serviço, passa agora pelo hospital, o que diminui significativamente a autonomia do CAPS. Sobrou para todo mundo, inclusive para os estagiários. Foram criados alguns empecilhos ao nosso trabalho, o estágio quase acabou...

³³ Além de várias cadeiras quebradas, banheiros estão interditados e o bebedouro não filtra nem gela a água.

³⁴ Atualmente, o CAPS Paranoá possui um gerente nomeado, um psiquiatra do próprio serviço. Infelizmente, não há muita perspectiva de mudanças, o cargo é político e reflete a manutenção do poder/saber médico.

Durante o mês de setembro, antes de os contratos encerrarem, muitas atividades já não estavam acontecendo, e com isso o serviço foi ficando vazio. Com a decisão do GDF de manter os profissionais até o final de dezembro – quando serão convocados novos funcionários –, muitos grupos, oficinas e atendimentos voltaram a funcionar, e os pacientes voltaram a frequentar o CAPS. Dos seis profissionais que permaneceriam na instituição até dezembro, apenas três continuaram. Em contrapartida, uma nova enfermeira foi convocada e já está trabalhando no serviço.

As incertezas políticas e profissionais continuam, o que tem gerado muita angústia e refletido diretamente no trabalho que está sendo realizado. A desmotivação, a falta de interesse e engajamento – de parte dos técnicos – são visíveis, assim como o adoecimento das próprias dinâmicas institucionais. A equipe tem atualmente pouca abertura e interlocução entre si, o que é evidenciado também pelas disputas internas de poder. A impressão que tenho é de que todos estão pisando em ovos... O trabalho não é guiado pelos mesmos pressupostos, e os discursos dos profissionais são muitas vezes desencontrados e contraditórios. Mas o pior, não há mais reflexão e discussão sobre isso.

Essa situação toda no CAPS me desanimou bastante. Por algumas semanas, as impossibilidades me pareciam maiores que as possibilidades. Foi difícil e sofrido me deparar com essa realidade, ver por algum tempo meu sonho de trabalhar com a saúde mental ruir. Mas felizmente as coisas foram se revertendo, pelo menos para mim...

O maior desafio que encontro atualmente no CAPS diz respeito justamente a lidar com os impasses com a equipe, com essa dinâmica da instituição – que reflete diretamente a forma como o governo lida com as questões de saúde pública e as políticas públicas em saúde mental. Num contexto de tanto descaso à saúde pública, a equipe trabalha sem apoio, sem investimento, sem supervisão. A rede não funciona, o serviço está isolado e desamparado, alguns profissionais estão adoecendo. A equipe faz o possível dentro de suas próprias

limitações.

Já presenciei profissionais no CAPS Paranoá fazendo inclusive o (im)possível, para conseguir trabalhar segundo os pressupostos éticos e técnicos dos serviços substitutivos. A equipe matricial refletia bem isso. Um psiquiatra e um psicólogo da equipe se deslocavam para a zona rural do Paranoá para atender pacientes que, em virtude da distância, não podiam ir ao CAPS. Quando conseguiam o carro da Secretaria de Saúde, o psicólogo se dispunha a dirigir. Acompanhei uma dessas visitas e foi uma aventura: carro em condições ruins, viagem longa, estrada e lugares perigosos... Essa atividade funcionou durante um tempo na instituição, mas acabou por falta de recursos – falta de carro, de motorista e de condições mínimas de trabalho.

Onde ficam os pacientes nessa história toda? Com todas essas mudanças, muitos usuários estão sem plano terapêutico, ficam ‘largados’ na instituição, sem um acompanhamento individualizado. Nas atuais circunstâncias, a meu ver, o serviço funciona para si e dentro de si. Observo melhoras nos usuários – algumas bem significativas –, mas a impressão que eu tenho é de que elas ficam restritas à instituição, sem articulação com a comunidade. Muitos pacientes estão institucionalizados, ficam no CAPS e não saem. Como já foi dito anteriormente, o CAPS é um local de passagem, não é modo de viver, os usuários devem ser reinseridos na sociedade – o foco do trabalho é esse, ou pelo menos deveria ser.

Apesar de o CAPS Paranoá não funcionar como deveria, com toda a complexidade inerente ao trabalho, o serviço tem dado contribuições extremamente importantes nesses dois anos e meio de existência. Os usuários sentem-se acolhidos, adoram o serviço, adoram a equipe. Acompanho alguns pacientes que melhoraram de forma significativa com o trabalho no CAPS. Usuários que conseguem falar sobre o processo que vivenciaram ou que vivenciam, que conseguem entender melhor a própria experiência – como chegaram ao serviço e como estão hoje. É emocionante ouvir no Grupo de Encontro, por exemplo, usuários que voltaram a

trabalhar e a estudar; no Grupo de Escuta, pacientes falarem sobre as crises e ressignificarem esses momentos. Nesse grupo, uma fala de uma senhora, Dona Deise, me marcou bastante: “eu cheguei aqui querendo mudar o mundo!”. Eu acompanhei um pouco essa usuária, desde meu primeiro estágio, e é de uma beleza estupenda ouvi-la falar dessa forma da própria experiência. Uma paciente absolutamente delirante, que falava em salvar o mundo, projetos para acabar com a fome e a miséria, construir uma máquina de dinheiro... Hoje, D. Deise fala sobre tudo isso com uma clareza incrível e também fala sobre sua história de vida, suas internações em manicômios, sua infância na roça, seus irmãos que morreram, sua religião... Com sua participação no grupo, D. Deise tem ajudado muitos usuários.

Com outros pacientes, o avanço parece pequeno. Mas é na aposta cotidiana que me animo para continuar o trabalho. Num contexto de impossibilidades de várias ordens, o contato e as trocas genuínas com os usuários viabilizam as inúmeras possibilidades. É apostando nisso que o trabalho com o Grupo de Encontro continua – pelo menos até meados de dezembro.

Com relação ao Grupo de Encontro, continuamos às segundas-feiras pela manhã. Conduzo o grupo com o mesmo estagiário do semestre passado, e agora temos a presença de mais três estagiárias na atividade. Esse semestre, a dinâmica do grupo se modificou novamente. Alguns participantes são novos tanto no CAPS quanto na atividade, além dos novos estagiários. Optamos por não fazer outro contrato de convivência, até porque alguns pacientes permaneceram os mesmos do semestre passado. A cada encontro, explicávamos junto com os usuários ‘antigos’ a dinâmica da atividade para os novatos. Com esse grupo, sentimos a necessidade de reservar mais tempo para as conversas e os momentos individuais, já que os pacientes se expressam menos no momento inicial – destinado ao grupo todo.

De início, eu estava insatisfeita com a dinâmica que as atividades do grupo tomaram, um tanto quanto manicomiais, eu confesso... Quando me dei conta, estava fazendo exatamente

o que eu criticava em algumas oficinas: assistencialismo, ao invés de assistência. Eu estava tão ocupada com pegar materiais, separar miçangas, amarrar pulseiras, fazer as coisas pelos usuários, que mal tinha tempo para conversar com eles... Meu nome era ‘evocado’ tantas vezes no grupo, que só podia ter alguma coisa muito errada. Depois de dois encontros em que isso aconteceu, comecei a ficar preocupada, já que eu não tinha demanda alguma de supervisão – afinal, não havia conversado com os usuários. Foi nesse momento que resolvemos repensar nossa atuação e elaborar estratégias para melhor condução e aproveitamento dos encontros. Como a atividade está cheia – inclusive de estagiários –, priorizamos o contato próximo com os pacientes e a apropriação de outros espaços da instituição para isso – como o refeitório e a área externa. Fazer as coisas pelos pacientes? Nem pensar!

Por enquanto, o grupo voltou a funcionar de forma interessante. Ocupo-me em criar os vínculos e fortalecer os já existentes, favorecer a socialização e a autonomia dos usuários. Os conteúdos densos continuam surgindo, e nas conversas junto aos pacientes, aposto na possibilidade de ressignificação de suas experiências.

O trabalho que realizamos no grupo – sem dúvida alguma – tem sua importância e seus ganhos. Tenho consciência de que os ganhos são muitas vezes limitados, restritos às dinâmicas daquele espaço. As discontinuidades também limitam o trabalho... Mas, pensando bem, as discontinuidades são inerentes à própria vida. Acho que aprender a lidar com elas é a melhor opção: a discontinuidade do estágio, da instituição, das políticas públicas, e do acompanhamento a essas pessoas – que muitas vezes não comparecem mais ao serviço ou, por algum motivo, acabam não se aproximando mais ou se aproximando menos.

No acompanhamento de um paciente, Pedro, no Grupo de Encontro, essa discontinuidade – de certa forma – compareceu. De início, Pedro trouxe inúmeras questões pessoais, sobre sua história, seu sofrimento, e principalmente sobre toda uma vida que ele

perdeu, por conta do seu ‘adoecimento’. Com o passar dos encontros, foi ficando cada vez mais difícil conversar com Pedro, acessar alguns conteúdos que antes surgiam facilmente. Há dias em que Pedro está melhor, em outros que está pior... Fomos percebendo – com alguma resistência de minha parte – que questões da própria história de Pedro, com relação às autoridades, aos ‘homens de branco’, estavam sendo ‘transferidas’ para os estagiários. Pedro não estava mais autorizado a falar, se posicionando algumas vezes de forma mais agressiva, sempre procurando se certificar se éramos políticos, autoridades, se íamos fazer mal a ele. Pedro sofreu maus-tratos em internações, passando a desconfiar das pessoas, especificamente dos médicos, políticos e autoridades em geral. Nosso contato com Pedro ficou mais restrito depois disso, ou melhor, mais dispendioso. Precisamos investir muito mais na aproximação e tomar muito cuidado com nossas falas e intervenções, que podem a qualquer momento nos afastar novamente. Pensando bem, nesse caso, acho que não se trata exatamente de uma descontinuidade no acompanhamento – afinal, continuamos o acompanhando –, mas de uma das vicissitudes desse tipo de trabalho. É um trabalho que geralmente requer um tempo maior, com idas e vindas, melhoras e piores... Em termos profissionais, é difícil lidar com isso, lidar com as nossas frustrações e limitações, com o nosso ímpeto de ajudar, de resgatar algo nessas pessoas...

Estagiar no CAPS Paranoá tem sido um aprendizado e tanto. É gostoso repensar essa trajetória, e o quanto esses três estágios e esses diferentes momentos pessoais, profissionais e institucionais, foram importantes para o meu crescimento. Estou feliz com o que construí no CAPS, juntos aos usuários, estagiários e supervisores/orientadores. Essa experiência intensa e apaixonante me inspirou a escrever esta monografia. Colocar tudo isso em palavras foi prazeroso – quase um alívio e um desabafo –, muitas vezes sofrido, mas sobretudo organizador de tudo o que passei.

CONCLUSÃO

“Loucura é transformação, é mudança, é crise. É vida”.

Maia

Em virtude das inúmeras facetas que atravessam o fenômeno ‘loucura’, seu estudo sempre se mostrou complexo. Mergulhada numa sociedade intolerante e normatizadora, a loucura representa a humanidade que foi deixada para trás... Por séculos, essa maneira de ser foi confinada e massacrada em depósitos, os mais assombrosos. Em relação aos capítulos 1 e 2, concluo que os manicômios mantinham a exclusividade e a hegemonia do saber/poder médico-psiquiátrico sobre a loucura. Em nome de uma ciência *psi*, a loucura foi transformada em doença mental e excluída do convívio social. A intensidade, a radicalidade e o extremo – representados pela loucura –, tornaram-se intoleráveis e insuportáveis...

No contexto pós-guerra, as transformações sociais exigiam tratamentos mais dignos e humanizados, assim como o resgate da subjetividade dessas pessoas. Inúmeros movimentos questionaram o modelo manicomial, propondo novas formas de lidar com a loucura. A partir dos capítulos 2 e 3, concluo que os avanços são inegáveis, apesar de insuficientes. A loucura ainda carrega o peso de sua história. Como é difícil desconstruir séculos de opressão, desconstruir concepções socialmente instituídas e arraigadas! Ser ‘louco’ é ser excluído, marginalizado, errante, não pertencer a canto algum – nem a si mesmo...

Nos hospitais psiquiátricos e em algumas clínicas particulares o tempo parou, a violência e a desumanização continuam brutalmente presentes. Depois de tanta luta, parece inconcebível a existência desses lugares. Mas eles (infelizmente) ainda existem e refletem a sociedade em que vivemos. Em relação aos atuais serviços substitutivos, muitas vezes esses reproduzem sutil e veladamente essa dinâmica, através do controle social e da exclusão. Como é difícil abrir mão das tranquilas, paralisantes e fetichistas certezas científicas (Yasui, 1999)! Como é difícil lutar contra um poder que quer se manter a todo custo! O mais fácil é cair na lógica manicomial, que reduz o sujeito a nada...

Apesar da reforma psiquiátrica ser um direito conquistado e legitimado por parte da sociedade, os percalços ainda são inúmeros. A coexistência de modelos contraditórios e teoricamente excludentes – manicomial e psicossocial – impede uma modificação mais concreta no cenário da assistência em saúde mental no país. Para prescindir dos hospitais psiquiátricos, a rede de serviços precisa funcionar. As práticas atuais precisam ser repensadas, avaliadas, a fim de que possamos avançar nas propostas e transpor as barreiras existentes.

Não podemos perder de vista que a desinstitucionalização é um processo de constante reflexão e construção de saberes sobre a loucura e seu lugar social. Sendo assim, a luta é constante e diária, não apenas no cotidiano dos serviços de saúde mental, mas principalmente em busca de uma sociedade mais tolerante à diversidade e à pluralidade humana. As leis, os decretos e as portarias ajudam, mas não garantem transformações sociais efetivas.

Os avanços e os retrocessos fazem parte do processo de mudança. As modificações institucionais também são inevitáveis e freqüentes. Em virtude disso, a reforma psiquiátrica no país precisa estar suficientemente consolidada para que as mudanças políticas não interfiram no trabalho que está sendo realizado. Através dos movimentos sociais, da participação ativa da comunidade, dos profissionais, familiares e usuários, é possível contribuir para a legitimidade do projeto e para sua continuidade em meio às mudanças políticas.

Cabe aos envolvidos – no encontro cotidiano com a loucura –, reinventar a cada vez, repensar saberes, práticas e relações. É dessa disponibilidade criativa de encontro que é possível vislumbrar a construção/reconstrução de um caminho, de uma trajetória, de uma história... É na vida social e para a vida social que se ‘trata’ a loucura, já que ela é concebida enquanto tal pela sua construção sócio-histórica.

Finalizo este trabalho com uma citação de Lobosque (2003), que traduz a forma

como me sinto ao encerrar essa primeira etapa e caminhada na Psicologia, e especificamente na saúde mental:

[...] o que nos move é a sustentação desta clínica que já provou a beleza e o rigor de seu exercício; esta clínica que, caso se perca aqui, recomeçará acolá; o que nos move é uma aposta na vitalidade e no futuro dos CERSAMs, NAPS e CAPS existentes, ou por existir, nos diversos cantos do país. [...] O movimento da nossa clínica tem sua própria dança, aquela que só cria e encontra seu ritmo num movimento social. (p. 39)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abou-Yd, M. N., Silva, R. (2003). A lógica dos mapas: marcando diferenças. Em Conselho Federal de Psicologia (Org.), *Loucura, ética e política: escritos militantes*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Aguiar, A. (2004). Tomada de responsabilidade e a ética da reforma psiquiátrica. *Academus-Revista Científica da Saúde*, 3(4).
- Alves, D. S. N., Seidl, E. F., Schechtman, A., Silva, R. C. (1994). Reestruturação da atenção em saúde mental: situação atual, diretrizes e estratégias. Em Amarante, P. (Org.), *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (1994). Asilos, alienados e alienistas: pequena história da psiquiatria no Brasil. Em Amarante, P. (Org.), *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (2000). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (Coord.). (2003). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (2006). Rumo ao fim dos manicômios. *Viver Mente e Cérebro*, 14(164), 30-35.
- Basaglia, F. (1985). *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Graal. (Trabalho original publicado em 1968)
- Basaglia, F., Ongaro, F. B., Casagrande, D., Jervis, G., Comba, L. J., Pirella, A., Schittar, L., Slavich, A. (1994). Considerações sobre uma experiência comunitária. Em Amarante, P. (Org.), *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Birman, J. (1980). *Enfermidade e loucura: sobre a medicina das inter-relações*. Rio de Janeiro: Campus.

- Birman, J. (1991). *Freud e a interpretação psicanalítica: a constituição da psicanálise*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Birman, J., Costa, J. F. (1994). Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. Em Amarante, P. (Org.), *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Borges, S. M. N. (2001). Por uma clínica que a psicanálise nos ensina. Em Tundis, S. A. & Costa, N. R. (Orgs.), *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes.
- Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. (2004). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Coordenação geral de saúde mental. (2005). *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS.
- Desviat, M. (1999). *A reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Facchinetti, C. (2004). *Dr. Sigmund Freud: rupturas freudianas e leituras tropicais*. Trabalho apresentado em XI Congresso Regional de História, Rio de Janeiro.
- Foucault, M. (1977). *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária.
- Foucault, M. (2000). *Doença mental e psicologia* (6a ed.). Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro. (Trabalho original publicado em 1975)
- Foucault, M. (2003). *História da loucura na idade clássica* (7a ed.). São Paulo: Perspectiva. (Trabalho original publicado em 1961)

- Foucault, M. (2006). *O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France (1973-1974)*. São Paulo: Martins Fontes.
- Freud, S. (1980). Estudos sobre a histeria. Em S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1895)
- Freud, S. (1980). Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia. Em S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1911)
- Freud, S. (1980). Conferências introdutórias à psicanálise (introdução). Em S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1916)
- Goffman, E. (2005). *Manicômios, prisões e conventos* (7a ed.). São Paulo: Perspectiva. (Trabalho original publicado em 1961)
- Guimarães, F. J. (2006). *Repercussões da terapia comunitária no cotidiano de seus participantes*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.
- Hanns, L. (1996). *Dicionário comentado do alemão de Freud*. Rio de Janeiro: Imago.
- La Haye, J. L. (2007). *A morte do manicômio: história da antipsiquiatria*. São Paulo: Imaginário.
- Lobosque, A. M. (1997). *Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos*. São Paulo: Hucitec.
- Lobosque, A. M. (2001). *Experiências da loucura*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Lobosque, A. M. (2003). *Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios*. Rio de Janeiro: Garamond.

- Machado, D. M. (2006). *A desconstrução do manicômio interno como determinante para a inclusão social da pessoa em sofrimento mental*. Dissertação de Pós-Graduação, Universidade de Brasília, Brasília.
- Maia, T. H. S. (2008). *Subjetividade e loucura: uma perspectiva antimanicomial*. Monografia, Centro Universitário de Brasília, Brasília.
- Minas Gerais, Secretaria de Estado de Saúde. (2006). *Atenção em saúde mental*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde.
- Nunes, M., Torrenté, M., Ottoni, V., Moraes Neto, V., Santana, M. (2008). A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 24(1), 188-196.
- Paiva, I. L. (2003). *Em defesa da reforma psiquiátrica: por um amanhã que há de renascer sem pedir licença*. Dissertação de Pós-Graduação, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.
- Pessotti, I. (1994). *A loucura e as épocas*. Rio de Janeiro: Ed. 34.
- Resende, H. (2001). Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. Em Tundis, S. A. & Costa, N. R. (Orgs.), *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes.
- Ribeiro, A. M. (2005). Uma reflexão psicanalítica acerca dos CAPS: alguns aspectos éticos, técnicos e políticos. *Psicologia USP*, 16(4), 33-56.
- Ribeiro, A. M. (2007). *Em busca de um lugar: itinerário de uma psicanalista pela clínica das psicoses*. São Paulo: Via Lettera.
- Rotelli, F., Leonardis, O., Mauri, D. & Risio, C. (1990). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec.

- Rotelli, F. (1994). Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. Em Amarante, P. (Org.), *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Russo, J. (2002). *O mundo psi no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Silva, L. B. C. (2001). *Doença mental, psicose, loucura: representações e práticas da equipe multiprofissional de um Hospital-Dia*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Silva Filho, J. F. (2001). A medicina, a psiquiatria e a doença mental. Em Tundis, S. A. & Costa, N. R. (Orgs.), *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes.
- Silveira, N. (1992). *O mundo das imagens*. São Paulo: Ática.
- Sterian, A. (2005). *Esquizofrenia* (3a ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Teixeira, M. O. L. (2004). Da tomada de responsabilidade como eixo de trabalho e suas repercussões: o profissional na atenção psicossocial. *Academus-Revista Científica da Saúde*, 3(4).
- Tenório, F. (2001). *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.
- Uchôa, D. M. (1979). *Psiquiatria e psicanálise*. São Paulo: Sarvier.
- Vechi, L. G. (2004). Iatrogenia e exclusão social: a loucura como objeto do discurso científico no Brasil. *Estudos de Psicologia*, 9(3), 489-495.
- Vieira Filho, N. G., Nóbrega, S. M. (2004). A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. *Estudos de Psicologia*, 9(2), 373-379.
- Waelhens, A. D. (1995). *A psicose: ensaio de interpretação analítica e existencial*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Yasui, S. (1999). *A construção da reforma psiquiátrica e o seu contexto histórico*.

Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”,
Assis.

ANEXOS

Anexo A – Lei nº 10.216 – De 06 de Abril de 2001

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O Presidente da República

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extrahospitais se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina – CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10º Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11º Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12º O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

José Gregori

José Serra

Roberto Brant

Anexo B – Portaria n.º 336/GM – De 19 de Fevereiro de 2002

O Ministro da Saúde, no uso de suas atribuições legais;

Considerando a Lei 10.216, de 06/04/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

Considerando o disposto na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/2001, aprovada pela Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001;

Considerando a necessidade de atualização das normas constantes da Portaria MS/SAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, resolve:

Art. 1º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria;

§ 1º As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pelas características descritas no Artigo 3º desta Portaria, e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, conforme definido adiante.

§ 2º Os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território;

Art. 2º Definir que somente os serviços de natureza jurídica pública poderão executar as atribuições de supervisão e de regulação da rede de serviços de saúde mental.

Art. 3º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) só poderão funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar.

Parágrafo único. Os CAPS poderão localizar-se dentro dos limites da área física de uma unidade hospitalar geral, ou dentro do conjunto arquitetônico de instituições universitárias de saúde, desde que independentes de sua estrutura física, com acesso privativo e equipe profissional própria.

Art. 4º Definir, que as modalidades de serviços estabelecidas pelo Artigo 1º desta Portaria correspondem às características abaixo discriminadas:

4.1 - CAPS I - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, com as seguintes características:

a - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;

b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;

c - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;

d - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

e - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

f - funcionar no período de 08 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana;

4.1.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS I inclui as seguintes atividades:

- a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
- c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d - visitas domiciliares;
- e - atendimento à família;
- f - atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social;
- g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

4.1.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS I, para o atendimento de 20 (vinte) pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 (trinta) pacientes/dia, em regime de atendimento intensivo, será composta por:

- a - 01 (um) médico com formação em saúde mental;
- b - 01 (um) enfermeiro;
- c - 03 (três) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.
- d - 04 (quatro) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão;

4.2 - CAPS II - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, com as seguintes características:

- a - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;
- b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local;
- c - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;
- d - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;
- e - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;
- f - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas.

4.2.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS II inclui as seguintes atividades:

- a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
- c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d - visitas domiciliares;
- e - atendimento à família;
- f - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária: os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

4.2.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS II, para o atendimento de 30 (trinta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por:

a - 01 (um) médico psiquiatra;

b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;

c - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

d - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.3 - CAPS III - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, com as seguintes características:

a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana;

b - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;

c - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local;

d - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;

e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

g - estar referenciado a um serviço de atendimento de urgência/emergência geral de sua região, que fará o suporte de atenção médica.

4.3.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS III inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, orientação, entre outros);

b - atendimento grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas e atendimentos domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, com no máximo 05 (cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observação;

h - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias, e os que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas receberão 04 (quatro) refeições diárias;

i - a permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias.

4.3.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS III, para o atendimento de 40 (quarenta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 60 (sessenta) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por:

a - 02 (dois) médicos psiquiatras;

b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental.

c - 05 (cinco) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

d - 08 (oito) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.3.2.1 - Para o período de acolhimento noturno, em plantões corridos de 12 horas, a equipe deve ser composta por:

a - 03 (três) técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço;

b - 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio;

4.3.2.2 - Para as 12 horas diurnas, nos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta por:

a - 01 (um) profissional de nível superior dentre as seguintes categorias: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, ou outro profissional de nível superior justificado pelo projeto terapêutico;

b - 03 (três) técnicos/auxiliares técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço;

c - 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio.

4.4 - CAPS i II - Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos, com as seguintes características:

a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais;

b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;

c - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes no âmbito do seu território;

d - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades de atendimento psiquiátrico a crianças e adolescentes no âmbito do seu território;

e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, na atenção à infância e adolescência;

f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

g - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno que funcione até às 21:00 horas.

4.4.1- A assistência prestada ao paciente no CAPS i II inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros);

- c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d - visitas e atendimentos domiciliares;
- e - atendimento à família;
- f - atividades comunitárias enfocando a integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social;
- g - desenvolvimento de ações inter-setoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça;
- h - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias;

4.4.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS I e II, para o atendimento de 15 (quinze) crianças e/ou adolescentes por turno, tendo como limite máximo 25 (vinte e cinco) pacientes/dia, será composta por:

- a - 01 (um) médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental;
- b - 01 (um) enfermeiro.
- c - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;
- d - 05 (cinco) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.5 - CAPS ad II - Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000, com as seguintes características:

- a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária, de referência para área de abrangência populacional definida pelo gestor local;
- b - sob coordenação do gestor local, responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de instituições de atenção a usuários de álcool e drogas, no âmbito de seu território;
- c - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial local no âmbito de seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;
- d - coordenar, no âmbito de sua área de abrangência e por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas, em articulação com o Conselho Municipal de Entorpecentes;
- e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental local no âmbito de seu território e/ou do módulo assistencial;
- f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;
- g - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas.
- h - manter de 02 (dois) a 04 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso.

4.5.1. A assistência prestada ao paciente no CAPS ad II para pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas inclui as seguintes atividades:

- a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

- c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d - visitas e atendimentos domiciliares;
- e - atendimento à família;
- f - atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social;
- g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.
- h - atendimento de desintoxicação.

4.5.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS ad II para atendimento de 25 (vinte e cinco) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, será composta por:

- a - 01 (um) médico psiquiatra;
- b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;
- c - 01 (um) médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas;
- d - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;
- e - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Art.5º Estabelecer que os CAPS I, II, III, CAPS i II e CAPS ad II deverão estar capacitados para o acompanhamento dos pacientes de forma intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, dentro de limites quantitativos mensais que serão fixados em ato normativo da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Parágrafo único. Define-se como atendimento intensivo aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento freqüente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS; não-intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma freqüência menor. A descrição minuciosa destas três modalidades deverá ser objeto de portaria da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, que fixará os limites mensais (número máximo de atendimentos); para o atendimento intensivo (atenção diária), será levada em conta a capacidade máxima de cada CAPS, conforme definida no Artigo 2o.

Art. 6º Estabelecer que os atuais CAPS e NAPS deverão ser recadastrados nas modalidades CAPS I, II, III, CAPS i II e CAPS ad II pelo gestor estadual, após parecer técnico da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Parágrafo único. O mesmo procedimento se aplicará aos novos CAPS que vierem a ser implantados.

Art.7º Definir que os procedimentos realizados pelos CAPS e NAPS atualmente existentes, após o seu recadastramento, assim como os novos que vierem a ser criados e cadastrados, serão remunerados através do Sistema APAC/SIA, sendo incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e financiados com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC.

Art.8º. Estabelecer que serão alocados no FAEC, para a finalidade descrita no art. 5º, durante os exercícios de 2002 e 2003, recursos financeiros no valor total de R\$52.000.000,00 (cinquenta e dois milhões de reais), previstos no orçamento do Ministério da Saúde.

Art.9º. Definir que os procedimentos a serem realizados pelos CAPS, nas modalidades I, II (incluídos CAPS i II e CAPS ad II) e III, objetos da presente Portaria, serão regulamentados em ato próprio do Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Art.10. Esta Portaria entrará em vigor a partir da competência fevereiro de 2002, revogando-se as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA